Universidade de São Paulo

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Representações Sociais de Pacientes

Psiquiátricas sobre a Loucura, a

Internação e o Sofrer Psíquico: a

triste Passagem e a triste Paisagem.

RIBEIRÃO PRETO

1997

Maria Alice Pereira

**Representações Sociais de Pacientes
Psiquiátricas sobre a Loucura, a
Internação e o Sofrer Psíquico: a
triste Passagem e a triste Paisagem.**

**Tese de Doutorado
apresentada à Escola
de Enfermagem de
Ribeirão Preto -
Universidade de São
Paulo.**

**Orientadora: Prof^a Dr^a Antonia
Regina Furegatto
Rodrigues**

RIBEIRÃO PRETO

1997

Ficha Catalográfica

PEREIRA, Maria Alice

Representações Sociais de pacientes Psiquiátricas sobre a loucura, a Internação e o Sofrer Psíquico: a triste passagem e a triste paisagem.

Ribeirão Preto, 1997

199p.: il.; 31cm

Tese (Doutorado), apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Orientadora: Rodrigues, Antonia Regina Furegatto

A Olympio e Ruth, com gratidão

Ao iniciar a elaboração desta tese de doutorado, sabia que temporariamente teria que abrir mão dos horários de lazer, do tempo com a família e amigos, das leituras não técnicas. Por outro lado, sabia também que era preciso dar lugar para algo novo em minha vida profissional.

Meus sinceros agradecimentos aqueles que me ajudaram nessa construção.

À Prof^ª Dr^ª Antonia Regina Furegatto Rodrigues, pela orientação competente, amiga, compreensiva, afetiva; dando-me liberdade para que eu desenvolvesse o trabalho, e ao mesmo tempo em que mantinha-se presente, ajudando-me na busca dos caminhos do conhecimento.

À Prof^ª Dr^ª Tânia Maria José Aiello-Vaisberg por ter compartilhado o conhecimento e me acompanhado com interesse e incentivo, mostrando-me novos horizontes.

À Prof^ª Dr^ª Eleonora Minicucci de Oliveira que através de seu conhecimento e espírito solidário, deu-me o necessário apoio na construção metodológica.

Aos pacientes e profissionais do Serviço de Saúde Mental de Trieste e de modo especial, ao Dr. Pasquale Evaristo, com quem aprendi e aprendo a ter “outro” olhar para a loucura.

À Joana, Luíza, Rosa e Selma, nomes fictícios de pessoas reais que dispuseram-se a narrar suas sofridas histórias.

Ao enfermeiro José Aparecido Santana e à equipe pela qual é responsável no H.P.R.P., por ter tornado possível a minha permanência naquele local.

À Graça, amiga solidária, colega e profissional competente com quem dividi minhas inquietações iniciais sobre a temática desta pesquisa.

À Ção, prima-irmã querida que com tanta disponibilidade realizou a primeira revisão deste trabalho.

Aos amigos e familiares queridos, sempre presentes em minha trajetória e crescimento.

Aos funcionários da E.E.R.P., em especial à Carla, Francisco, Lurdes e Rubens, pela competência e disponibilidade que sempre demonstraram frente às minhas solicitações.

À Ana Ester e Debora, pela solicitude no trabalho de digitação.

À Maria Bernadete Malerbo, bibliotecária da Biblioteca Central USP - Campus de Ribeirão Preto, pelo auxílio na revisão das referências bibliográficas.

Aos colegas e amigos do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas.

À CAPES pelo apoio financeiro o qual permitiu a realização deste trabalho.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	01
 CAPÍTULO I - O PROCEDIMENTO TEÓRICO - METODOLÓGICO.....	13
O Contexto da Pesquisa.....	14
Os Sujeitos.....	18
História de Vida.....	20
Coleta de Dados e Desenvolvimento das Técnicas.....	25
Análise dos Dados.....	31
 CAPÍTULO II - PRESSUPOSTOS TEÓRICOS.....	39
A Psiquiatria.... O que diz?.....	40
 CAPÍTULO III - QUATRO MULHERES, SUJEITOS DA PESQUISA.....	56
A- Uma primeira aproximação com as pacientes.....	63
“Joana Sofrida dos Passados”.....	63
“A Raquel está encolhida o corpo todo”.....	69
“Indigente disfarçada de ativa e de boba”.....	74
“Tem uma que internou aqui tadinha faz sete anos que ela tá aqui e sem visita Tadinha!”.....	79
B- Um olhar sobre os prontuários.....	85
Joana.....	85
Luíza.....	88
Rosa.....	91
Selma.....	93
 CAPÍTULO IV - TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS:	
CONCEITOS E PRESSUPOSTOS.....	95
Representações Sociais de loucura e ou doença mental.....	102
Representações Sociais de Internação.....	106
Representações Sociais de Sofrer Psíquico.....	113

CAPÍTULO V - CONTRAPONTO: AS TRÊS FACES EM UM ESPELHO.....	121
Loucura e ou doença mental: ser ou estar?.....	122
Descanso? Repouso? Albergue? Corretivo?.... Vontade de descansar em outro lugar.....	135
“Vida cansada, coração desgastado e desgostado”.....	149
 CAPÍTULO VI - A PALAVRA TEORIA: BUSCANDO SIGNIFICADOS.....	 161
O ponto de vista das pacientes organizado como teorias- manifestações e percursos da loucura.....	165
 PALAVRAS FINAIS.....	 178
 RESUMO.....	 185
 SUMMARY.....	 186
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 187
 ANEXOS.....	 200

INTRODUÇÃO

“Hoje sabemos ou suspeitamos que as nossas trajetórias pessoais e coletivas, enquanto comunidades científicas e os valores, as crenças, e os prejuízos que os transportam são a prova íntima do nosso conhecimento, sem o qual as nossas investigações, laboratoriais ou de arquivo, os nossos cálculos ou os nossos trabalhos de campo, constituiriam um emaranhado de diligências absurdas sem fio nem pavo. No entanto, este saber, suspeitado ou insuspeitado, corre subterraneamente, clandestinamente, nos não ditos dos nossos trabalhos científicos”. (Boaventura de Souza Santos).

INTRODUÇÃO

Esta tese nasceu de minha prática profissional tornando-se difícil delimitar onde tudo começou. Assim, as raízes de meus interesses estão contidas na somatória dos remotos ou recentes caminhos percorridos, relacionam-se com as experiências de aprendizagem e com os significados destas.

Nesse percurso, os relatos ouvidos no exercício das atividades de minha vida profissional, os fatos, as leituras, foram compondo motivações que me impulsionaram para a busca de novos conhecimentos e desenvolvimento.

No meu trabalho de mestrado onde focalizei a atuação do enfermeiro no atendimento à pessoa, ouvi com intensidade relatos como: “partir o coração”, “dói uma dor fina”, “não sei como o meu coração consegue bater ainda de tanto que já doeu”, “doer a alma”, “sentir na pele” (PEREIRA, 1992). Posteriormente, esses discursos foram adicionados aos tantos outros ouvidos em minha prática de assistência e docência. Nessa sempre procurei atuar junto ao

paciente, o que me levou a constatar a importância da compreensão dos aspectos emocionais que permeiam a existência humana.

Concomitante a esta percepção, sinto que sempre vivenciei a relação com os usuários de ambulatório tradicional de saúde mental e, principalmente, com as pessoas internadas no hospital psiquiátrico, de um modo angustiante e incômodo.

O cotidiano destes locais é caracterizado pela presença de intenso sofrimento psíquico e pela ausência de perspectivas concretas ocasionando nas pacientes, desesperança, descrença, desamparo, desalento. Nestes espaços não se vislumbram as possibilidades de melhoria e cujas intervenções deveriam ser efetivas, alentadoras e propiciadoras de mudanças que pudessem contribuir para o reencontro das trajetórias perdidas.

As perdas sofridas por essas pessoas, acontecem em momentos cruciais, críticos, difíceis em cada história vivida, levando-as a percursos injustos, a uma via-crúcis de condenação e exclusões de todos os níveis.

A ausência de perspectiva de modificações individuais para a pessoa perturbada mentalmente tem como pano de fundo a vigência do modelo de assistência psiquiátrica tradicional, ou seja, o modelo médico. Este impõe, determina, traz a idéia de situação imutável e estagnante para o “doente mental”.

Contrapondo-me a esta idéia, recorro à arte e à poesia de GUIMARÃES ROSA (1967) quando este diz que o mais importante e bonito do

mundo é que “as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas, elas vão sempre mudando, afinam ou desafinam”.

Neste contexto, vemos que a atenção aos acordes da melodia que envolve a existência humana, torna-se uma arte que vai sendo aprendida e desenvolvida pouco a pouco, com vários desafios mas também com notas simples que podem vir do próprio reconhecimento da grandiosidade, da riqueza e da importância do contato humano e do encontro de pessoas.

Contraditoriamente, a realidade da vida manicomial é outra; as explicações lógicas, os “porquês”, as causas-efeito, os rótulos estabelecidos, a separação corpo/mente/ambiente como se houvesse confins, demarcações sustentadas por teorias cientificamente rígidas (características dos saberes constituídos) que afastam ou desfavorecem as possibilidades de uma visão mais complexa da existência.

GADAMER (1994) lembra que a alma não é de âmbito parcial, mas é a própria complexidade existencial corpórea do homem, e ressalta que Aristóteles já sabia disso ao considerar a alma como a vida do corpo, assim como Platão já reiterava que não se podia curar o corpo sem tentar curar a alma.

No modelo organicista, seguido pela psiquiatria tradicional destaca-se a visão fragmentada do homem e, conseqüentemente, acontece a desconsideração dos conteúdos manifestos e dos significados. Nesses, estão contidos os intensos sofrimentos psíquicos explicitados nas diferentes formas de apelos. É como se cada vida ali existente, fosse portadora de subjetivas formas de

doer. Este aspecto é ilustrado pela arte literária de CLARICE LISPECTOR (1993) com a personagem Macabéa que ao ser interrogada pela amiga do por quê toma tanta aspirina responde:

- *É para não me doer*
- *Como é que é? Hein? Você se dói?*
- *Eu me dôo o tempo todo.*
- *Aonde?*
- *Dentro, não sei explicar.*

Desse modo, freqüentando o universo dos hospitais psiquiátricos, conheci tantas Macabéas que vivem e convivem com o sofrer psíquico constante. Contudo, vemos que este sofrer é pouco ouvido, valorizado e considerado na sua dimensão simbólica.

ROTELLI (1993) mostra que, na psiquiatria, este sofrer acaba tendo pouca consideração o que ocasiona a transformação do sofrer psíquico em doença. Este autor critica os aparatos pseudo-científicos, culturais, institucionais, econômicos e diz que tal transformação reflete e opera institucionalizando o sofrer com outros fins.

Assim, escutar as “diferenças” advindas da “loucura”, levar em conta o sofrimento psíquico proveniente da própria condição de ser “doente mental”, permite a tentativa de integrar, elaborar e quem sabe transformar essa condição uma vez que quem a sofre está exposto às influências da sociedade e da cultura como se fosse sujeito-objeto de um sofrer-social.

Para BION (1973), a escuta das diferenças é o ser junto do paciente na sua dor psíquica. Acolher essa dor, ter a capacidade de estar junto do outro reforça o pensamento sobre a importância do conceito e do acolhimento institucional e dos profissionais que formam a instituição, num movimento contínuo de confrontar com as próprias possibilidades. Este conceito pode ser de apropriação ou não do sofrimento psíquico e de quem apresenta perturbação mental, concepção esta que traz em seu cerne as representações sociais de cada membro atuante.

Etimologicamente a palavra dor vem do latim (*dolore*) e tem como significados: “sensação desagradável variável em intensidade e extensão de localização, produzida pela estimulação de terminações nervosas especializadas em sua recepção; sofrimento moral, mágoa, pesar, aflição; dó, compaixão, condolência” (FERREIRA, 1986). Da mesma forma, a palavra sofrer é proveniente do latim (*sufferere*) e tem como significados: “ser atormentado, afligido por, padecer, tolerar, suportar, agüentar, permitir, ser vítima de, passar por, experimentar, sentir dor física ou moral, conter-se, reprimir-se” (FERREIRA, 1986).

Ao buscar os significados das palavras dor e sofrer no Dicionário de Psicologia e Psiquiatria de GOLDENSON (1984), vemos que o mesmo, pouco acrescenta aos significados anteriores. Este autor salienta que tanto a dor física como a dor psíquica são consideradas sinais de alerta, são totalidades emotivas

fundamentais que acompanham a existência, além de que o sofrer pode ser proporcionado pelas circunstâncias vividas no momento.

Segundo a INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (1979), a mesma é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com uma lesão efetiva ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal lesão. A dor é sempre subjetiva. Cada indivíduo aprende cedo na vida a aplicação da palavra através de experiências relacionadas com agressão. É sem sombra de dúvida uma sensação numa parte ou partes do corpo mas é também sempre desconfortável e por conseguinte uma experiência emocional”.

AZOUBEL NETO (1993), no estudo do luto e dor mental entre os índios Carajás, fala da dor mental como um estado de ânimo doloroso. Neste estudo, uma questão importante, a propósito dos mecanismos primitivos da mente, é a forma como, em alguns casos, o luto comum pode vir e transformar-se num estado melancólico.

Para este autor, o estudo das reações dos povos selvagens à morte, fornece certos elementos e ajuda-nos a entender por onde e como essa transformação pode ocorrer. No homem primitivo, o que parece ocorrer é uma certa confusão entre o luto normal e a melancolia. Seus limites são, no mínimo, mais imprecisos. Nos estágios mais elementares da mente, a dor mental freqüentemente se superpõe à dor física.

AZOUBEL NETO (1993) levanta, nesta pesquisa, a hipótese de que, quando o selvagem fere a si mesmo em sinal de pesar nos rituais de luto,

aplicando pequenos cortes ou mutilações no próprio corpo, ou está tentando sentir a dor mental num plano físico, o qual é para ele mais consistente (encontra-se ainda numa etapa do Ego Corporal), ou seu aparelho mental está em desenvolvimento rudimentar e não estruturado o bastante para conter sozinho, sem a ajuda do arcabouço somático, a quantidade inundante de dor que o acomete.

Desse modo, a dor e o sofrer são palavras de difícil definição e evocam sentido de profundidade, por estarem ligados à capacidade de sentir, à subjetividade aos contextos-históricos-culturais-situacionais.

SIGNORELLI (1996) diz que existe um silêncio que vai além da palavra e da linguagem. Se de um lado assinala o limite da compreensão possível através da comunicação verbal, por outro assinala e explicita uma complexidade da existência que não pode sempre ser restrita e constrita às palavras e às definições.

No entanto, vejo que no contexto psiquiátrico permeado pelo universo da loucura, pouco se fala, se trata ou se acolhe a dor ou o sofrer da pessoa perturbada mentalmente. Seja pelo distanciamento característico do modelo organicista ao qual se embasa a assistência psiquiátrica tradicional, seja pela fragilidade e reducionismo inerente ao tipo de atendimento prestado pela rede pública, seja pela dificuldade e impotência sentida (ou não) pelo próprio profissional pertencente a esse padrão de atendimento.

Apesar deste quadro, existem alguns poucos avanços no panorama psiquiátrico. Introjeta-se pouco a pouco a idéia de que a loucura contém intenso sofrer psíquico e este advém, também, de condições psicossociais adversas.

Entretanto, o imaginário social ainda é repleto de representações que consideram a loucura de cunho orgânico, isto é, ela estaria dentro da pessoa e desconsidera as condições circunstanciais. Conseqüentemente, essas representações acabam por influenciar as trajetórias de vida e determinam os destinos.

PERRUSI (1995), em pesquisa sobre as Representações Sociais de profissionais (médicos) sobre a loucura, encontrou que os mesmos não encaram o hospital psiquiátrico como um desvio da medicina e sim, um lugar profissional adequado. Defendem uma unidade patológica entre a doença mental e a doença orgânica mas não percebem a extinção do hospital psiquiátrico como necessária.

TSU (1993) mostra que a família exerce pressão sobre o psiquiatra para obter internação do paciente, por não suportar a sobrecarga emocional e material proveniente do difícil convívio com a pessoa tida como “doente mental”. Isso não significa que acredita na cura.

FOUCAULT (1984) fala da vigilância geral e constante à qual são submetidos os “internos” da instituição psiquiátrica. Essa se faz de tal modo freqüente que vai envolvendo a todos os que ali trabalham ou habitam. Isso gera opiniões, pareceres sobre cada paciente e acaba por fazer com que o próprio

vigiado por sua vez vigie os outros também vigiados. Forma-se assim, uma teia de circularidade vigilante.

Nessa perspectiva, todos nós estamos envolvidos e interligados pelas malhas das idéias circulantes. Portanto, os pensamentos referentes à loucura e ao que nela é constituído, entrelaçam-se e determinam posições que vão construindo o real.

Com o propósito de aprimorar e consolidar o embasamento teórico para a construção do meu objeto de estudo, realizei estágios na Itália, respectivamente nas cidades de Trieste e Milão.

Assim, tive parâmetros dentro daquele país, de realidades diferenciadas. Em Milão estagiei num reconhecido Centro de Pesquisa da Dor, freqüentei um Instituto de Pesquisa em Saúde Mental, além de visitar Serviços de Saúde Mental daquela região.

A experiência vivida em Trieste permitiu-me efetivamente sair dos textos lidos ao longo da formação profissional e ir para a prática real, o que propiciou-me a ampliação e a abertura para novas perspectivas. Ali pude viver o cotidiano, apreender, saber e participar coletivamente de reflexões, de ações reais, vivas e criativas. Essas tem como característica a energia das lutas constantes, das situações imprevisíveis, das dinâmicas que portam em suas essências, possibilidades de transformação para as pessoas envolvidas no processo quer sejam pacientes ou profissionais.

Assim, conviver junto ao local e ao serviço de saúde norteados pelas idéias libertárias de Franco Basaglia e seus seguidores, participar da dinâmica diária de trabalho, de seminários e reflexões ali efetivados, ajudou na consolidação deste estudo junto à pacientes psiquiátricos.

Considero que o paciente psiquiátrico é portador de intenso sofrer psíquico e que este é expresso nas mais diferentes formas de comunicação. Acredito que as perturbações mentais são geradas por fatores adversos complexos e que demonstram a própria negação de uma realidade do mundo interno/externo difícil de ser enfrentada. Isso tem como consequência longas e às vezes definitivas internações que são sentidas no cerne de cada um.

Minha intenção ao ouvi-los foi a de conhecer, aproximar-me de suas Representações Sociais sobre a loucura, a internação e o sofrimento advindas da própria condição de “doente mental”.

Tendo em vista estas considerações, estabeleci como objetivo deste trabalho:

Identificar as Representações Sociais de pacientes psiquiátricos sobre suas situações de vida após o convívio com a loucura, a internação e o sofrer psíquico.

Apresento agora, a construção da pesquisa em forma de capítulos:

Capítulo I - Contém os procedimentos metodológicos para a coleta de dados e a análise das entrevistas realizadas com os sujeitos.

Capítulo II - Apresento os pressupostos e o embasamento da psiquiatria atual.

Capítulo III - Descrevo minha primeira aproximação com as pacientes e apresento as informações obtidas junto ao prontuário de cada sujeito da pesquisa.

Capítulo IV - Resumo os principais conceitos teóricos sobre a Teoria das Representações Sociais e descrevo a análise temática acerca dos objetos do estudo.

Capítulo V - Faço um contraponto entre os sujeitos, os autores e a minha compreensão pessoal de cada situação apresentada: as três faces em um espelho.

Capítulo VI - Considero os significados da palavra teoria, assim como organizo o ponto de vista das pacientes acerca das perturbações mentais e das conseqüências delas advindas.

CAPÍTULO I - O PROCEDIMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

O PROCEDIMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

*Esta estrada onde moro, entre duas volta do caminho.
Interessa mais que uma avenida urbana.
Nas cidades todas as pessoas se parecem todo mundo é
igual: todo mundo é toda gente.
Aqui não: sente-se bem que cada um traz a sua alma.
Cada criatura é única. (Manuel Bandeira)*

Esta pesquisa insere-se nos pressupostos dos métodos qualitativos de investigação.

Para KIRK & MILLER (1986), os mesmos têm sido utilizados nas ciências sociais envolvendo a observação de pessoas em seus territórios, a interação com essas pessoas em suas próprias linguagens e buscam compreender a natureza do objeto considerando o contexto dos fenômenos.

Segundo KIRK & MILLER (1986), a pesquisa qualitativa é pluralística, permite a utilização de variadas técnicas, o que propicia visão biocular, dando perspectiva e compreensão mais aprofundadas do fenômeno.

O Contexto da Pesquisa

A escolha do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto para campo desta pesquisa, deu-se pelo fato do mesmo ser conveniado com o Sistema Unificado de Saúde (a cidade possui um outro Hospital Psiquiátrico filantrópico e

conveniada) e receber maior número de pacientes tanto provenientes de Ribeirão Preto, quanto das pequenas localidades próximas.

Após contatos iniciais com a chefia de enfermagem e a chefia geral do hospital, encaminhei o projeto de pesquisa para apreciação da comissão de ética; com a aprovação da mesma, pude iniciar a fase de coleta dos dados.

O H.P.R.P. é localizado a 6 Km do centro da cidade, tem 48 alqueires e ocupa área construída de 17.000 m².

Seus primeiros pacientes foram transferidos do Hospital Franco da Rocha (Juqueri) em 1944, alcançando em 1967 a população de 1513 internados. Desde então, esse número decresceu com a instalação de outros Hospitais Psiquiátricos na cidade e na região mas também devido ao estabelecimento de convênios e à abertura do Ambulatório Regional de Saúde Mental de Ribeirão Preto.

Atualmente este hospital vem mantendo uma média de 400 pacientes internados.

Segundo as diretrizes estabelecidas pelo Estado sobre a Política de Saúde Mental, este Hospital Psiquiátrico, vem passando por algumas modificações. Nessas, inserem-se mudanças nas instalações físicas, na contratação de técnicos e demais funcionários, na instalação de unidades semi-autônomas que segundo o H.P.R.P. - projeto terapêutico (1995) elaborado pela equipe técnica pertencente ao hospital (médicos, enfermeiros, psicólogos,

terapeutas ocupacionais, assistentes sociais) as referidas unidades visam a humanização da assistência prestada à clientela.

Assim, nos últimos anos, vêm ocorrendo a implantação de novas unidades como o Núcleo de Convívio, a Vila, a Pensão Protegida tal como referidas pelos sujeitos da pesquisa. Os citados locais são classificados como Unidades de Reinserção Social e destinam-se aos pacientes-moradores da Instituição, com condições de auto-gestão. Estes locais funcionam com o propósito de estimular a independência dos pacientes, oferecendo-lhes condições de desenvolver sua autonomia.

O Núcleo é constituído de duas casas, um pouco afastadas dos pavilhões do hospital porém, dentro do espaço físico institucional. Nestas, habitam vinte e uma pessoas, sendo quatorze homens e sete mulheres. Este local, seria o intermediário entre as unidades de internação psiquiátrica (alas, pavilhões) e a Vila, ou seja, os pacientes que estão ali viviam anteriormente no interior das unidades do hospital. De acordo com o H.P.R.P. - projeto terapêutico (1995), o Núcleo tem como objetivos: reduzir os efeitos do prolongado asilamento dos pacientes (como hábitos higiênicos e alimentares); proporcionar maior interação grupal; facilitar condições de independência, de iniciativa e estimular maior socialização.

A Vila é localizada dentro da área de ocupação do manicômio embora esteja um pouco mais distante das instalações centrais do mesmo (alas, pavilhões). É composta de cinco casas, onde distribuem-se vinte pacientes. Tem

como objetivos: oferecer aos pacientes, condições de maior independência, satisfazendo suas necessidades básicas de modo agradável e adequado; propiciar condições para que o paciente melhore seu relacionamento inter-pessoal; oferecer oportunidade para o desenvolvimento de uma consciência crítica diante das razões que propiciaram a situação de internação e asilamento.

Entre os critérios definidos pelo serviço de assistência psiquiátrica para moradia na Vila constam: a) os pacientes devem estar internados no hospital em período mínimo de quinze anos e possuir idade inferior a setenta anos; b) terem capacidade física de ambulação e não terem comprometimentos clínicos graves; c) possuírem capacidade de comunicação verbal, e sem grandes dificuldades de relacionamento.

A Pensão Protegida constitui-se de três casas, situadas em bairros da cidade onde vivem no máximo três pessoas em cada uma. A Pensão Protegida vem a ser o desdobramento ou a seqüência da adaptação do paciente que viveu no interior dos pavilhões do hospital, depois no Núcleo, na Vila e que no momento, encontra-se em condições de viver fora do espaço físico do manicômio. Esta tem como objetivo geral, oferecer recursos para que os indivíduos egressos do Hospital Psiquiátrico possam alcançar a reintegração social e recuperar o pleno exercício da sua condição de cidadãos libertando-se da tutela do Estado. Segundo definição contida no H.P.R.P. - projeto terapêutico (1995), a população da Pensão Protegida é composta por pessoas que obtiveram

alta psiquiátrica, mas estão vinculadas à Instituição por razões de perda dos recursos sociais, abandono e comprometimento da capacidade produtiva.

A proteção ou a tutela das pessoas que habitam nas três unidades mencionadas, assim como sua funcionalidade é gerida por uma equipe multiprofissional que tem como atribuição, administrar os referidos locais pertencentes à Instituição. Compõem esta equipe: dois psiquiatras, uma psicóloga, uma enfermeira, duas terapeutas ocupacionais e um diretor administrativo.

Duas pessoas entrevistadas nesta pesquisa habitam ou já estiveram nas unidades citadas.

Os Sujeitos

Selecionei os sujeitos tendo como critério para a escolha a tipicidade, ou seja, pacientes que tivessem um histórico de vida institucional ou experiências concretas de internação, e que fossem interlocutores capazes de narrar suas experiências advindas de longos anos de permanência no hospital psiquiátrico. Portanto, os sujeitos são pacientes institucionalizados.

A tipicidade está diretamente correlacionada à “carreira psiquiátrica”, ou seja, a trajetória percorrida pela pessoa que está na condição de doente mental (GOFFMAN, 1990).

Quanto à capacidade de narrativa das experiências vividas, esta diz respeito não somente à condição para comunicação verbal de idéias, mas também à forma como a pessoa traz para os relatos os elementos significantes das experiências nos percursos de vida.

Desse modo os pacientes selecionados, cada qual à sua maneira traz e faz o que MACHADO (1995) denomina de “ponte entre instituição e os outros pacientes”, isto é, estabelecem-se mediações que constituem-se em representantes de necessidades, vontades, reivindicações e anseios dos que vivem em semelhantes situações.

Nesta ótica, os sujeitos são conhecedores do que GOFFMAN (1990) chama de “regras da casa”. Regras plenas de acordos tácitos, de engendramentos que foram apreendidos, vividos, sofridos e registrados nas histórias de vida.

Assim, embora reconhecendo as diferenças do processo de socialização entre homens e mulheres, ali internados/as, considerei que estes têm suas trajetórias marcadas pelo próprio processo de institucionalização psiquiátrica.

Penso ser importante esclarecer também que realizei e transcrevi nove entrevistas com homens e mulheres. Porém, ao iniciar a fase de tratamento dos dados, com a leitura inicial mais detalhada de quatro dessas entrevistas, percebi que ali já continha material suficiente para que desse conta do meu objeto de estudo (ANEXO 1).

A escolha dessas quatro primeiras entrevistas foi aleatória após a ótica de uma opção prévia em trabalhar com homens e mulheres. Assim foi que trabalhei só com as mulheres.

Na estratégia da entrevista, utilizei a técnica da História de Vida.

História de Vida

A origem da técnica da história de vida está na Antropologia e Psicologia americana entre as décadas de 1920 e 1930 (QUEIROZ, 1988). Seguidamente veio a ser utilizada pela Sociologia e por outras áreas do saber.

São diversos os autores que abordam esta técnica; neste estudo optei por QUEIROZ (1988) que considera que os primeiros estudos sobre a técnica foram realizados por DOLLARD (1949). Este autor tratava das implicações psicológicas da mesma. Na América Latina, a mesma veio a ser utilizada por volta dos anos 50. CAMARGO et al. (1984) consideram que: “a introdução do método de História de Vida, é um, fenômeno do pós-guerra que tendeu a identificar-se, através de entidades internacionais e pesquisadores que o propuseram, com a tomada de consciência do chamado Terceiro Mundo e do processo de descolonização na nova ordem mundial, isto é, com a necessidade de melhor conhecer os problemas específicos das populações e dos países emergentes”.

Ao longo da evolução desta técnica, vários autores discutiram se a mesma deveria preservar suas origens psicológicas ou se a manteriam no âmbito sociológico. Assim, o debate que se instala é multidisciplinar e é transversal à ciência no campo da saúde.

Sobre esta questão, QUEIROZ (1953) diz:

“Foi a partir do momento em que se admitiu que valores e opiniões tinham base coletiva, não eram produto essencialmente individual, que as Histórias de Vida ganharam importância para a sociologia: ao seu primeiro ponto de vista puramente objetivo e exterior seguiu-se outro, o de compreender o social não apenas como o que se realiza por meio dos homens, mas como o que é vivido e agido por eles”.

Para a autora, isto propicia o estudo do fato social humanizado, encarado na sua matriz que é indivíduo, criador e criatura do grupo. Assim, a História de Vida permite justamente estudar o fato social de seu interior, na fonte.

Para QUEIROZ (1988), a História de Vida é “uma técnica que se coloca no ponto de interseção das relações entre o que é exterior ao indivíduo e o que ele traz no seu íntimo entre o social e o individual”.

MEIHY (1995) ressalta que a tradição disciplinar de áreas como a sociologia, a antropologia, a história, a psicologia, vem atenuando fronteiras sob a inspiração da desconstrução de paradigmas teóricos. Isso tem como

consequência “a aproximação entre campos que tratavam das entrevistas e, de certa forma, foi viabilizando que, sem bordas estabelecidas, tudo o que se relacionasse com gravações fosse colocado no denominador comum da história oral. Dessa forma, a história oral tornou-se denominador comum no âmbito das entrevistas, das gravações, dos arquivamentos, dos diálogos multidisciplinares entretanto, a história de vida, consiste numa modalidade da história oral”.

Percebe-se que na especificidade da técnica da história de vida, a apreensão do individual e do coletivo, estão presentes.

“O que o entrevistador ouve é um discurso no qual o sujeito fala da representação que tem dos fatos de sua vida. Em suma, ele “se conta”, segundo suas categorias de valores e seus códigos temporais. (...) Nas narrativas de História de Vida a subjetividade está presente em toda a sua amplitude, fornecendo uma determinada versão dos fatos, onde lacunas espaciais e temporais estão presentes. Desta forma, é necessário que na opção pelo método biográfico esteja implícita a aceitação da subjetividade e da intencionalidade do narrador” (BRIOSCHI & TRIGO, 1985).

QUEIROZ (1953) chama a atenção para a emergência nos relatos de associações espontâneas que aproximam a história de vida das associações livres da psicanálise. Esta correlação é reforçada por BASTIDE (1953) quando refere-se à liberdade que a utilização da mesma propicia e a chama de “técnica

proustiana”: “a pessoa interrogada, negligenciando a cronologia dos astrônomos, se abandona como o menino Proust às “intermitências do coração” infinitamente mais reveladoras que as outras, sob a desordem aparente das datas”.

CAMARGO (1994) destaca a importância da relação dialógica que se trava entre o entrevistador e o entrevistado, carregada de emotividade e de subjetividade.

Na espontaneidade do relato, emerge a subjetividade do informante. Esta também é apontada por QUEIROZ (1953) como uma das preciosidades que a utilização da técnica propicia.

Nesta perspectiva, FERNANDES (1995) considera que o processo de produção de uma história de vida não é simples obtenção de informações. Diz que “se o pesquisador a utiliza apenas como meio de obter do outro as informações que ele é capaz de fornecer, ela lhe oferecerá muito pouco, pois é a própria natureza da relação estabelecida com o informante que a torna vazia ou plena de sentido”.

O doente mental institucionalizado, faz parte da categoria dos excluídos, dos banidos de direito à palavra, à voz, e à escuta. CAMARGO (1994) lembra que há um pacto de sigilo ao qual são submetidas as pessoas que estão na classe dos derrotados.

Então, ouvir as histórias individuais dos pacientes psiquiátricos, possibilitou a entrada num universo a ser desvendado. Foi importante ir ao campo e estabelecer um contato mais direto com aquelas pessoas. Isso propiciou maior aproximação da realidade vivida e sentida por cada sujeito.

Embasada nestas considerações posso dizer que a escolha desta técnica na pesquisa, efetuou-se em virtude de que:

- a utilização da mesma permite a obtenção de informações numa perspectiva de conjunto e relacional evitando assim, uma visão fragmentada das experiências vividas pelos sujeitos.
- através das revelações trazidas nas narrativas dos informantes, é possível adentrar no mundo interior repleto de significados, possibilitando reconhecer experiências íntimas marcadas pela subjetividade. Esta subjetividade é compreendida como processo individual, coletivo e institucional, pois a narrativa é sempre contextualizada.
- oferecer melhor compreensão de como é vivido o social. Isso é apreendido no processo do sujeito “se contar”. Neste procedimento ele está contando também sobre o meio social, visto sob a perspectiva de alguém de dentro.

Coleta de Dados e o Desenvolvimento das Técnicas

A técnica de observação se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seu próprio contexto (CRUZ NETO, 1994).

O observador enquanto parte do contexto da observação, estabelece uma relação direta com os observados.

Segundo BLEGER (1993), a observação se realiza sempre em função de certos pressupostos e quando estes são conscientes e utilizados como tais, a observação torna-se mais eficaz. Para este autor, observar, pensar e imaginar, formam parte de um único processo dialético.

Utilizei como um dos instrumentos para a coleta de dados, entrevistas abertas, não diretivas, uma vez que as mesmas permitem maior flexibilidade para possíveis intervenções e possibilitam investigação mais ampla sobre o entrevistado (BLEGER, 1993).

Segundo o referido autor, a entrevista tem seus próprios procedimentos ou regras empíricas com as quais não só se amplia e verifica, como também ao mesmo tempo se aplica o conhecimento científico; além de constituir-se num processo ininterrupto de interação.

As entrevistas aconteceram nas dependências do Hospital Psiquiátrico, respectivamente, numa sala reservada, num banco de jardim interno e duas ocorreram sob a copa de uma árvore. As mesmas foram realizadas individualmente de forma não diretiva, ou seja, sem roteiro pré-estabelecido. Após a permissão de cada sujeito, utilizei o gravador para o registro das entrevistas, as quais tiveram uma média de duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos.

Nos encontros, os sujeitos eram convidados a falar sobre suas vidas, e a instrução foi a mesma para todos os entrevistados: “Estou escrevendo um livro a respeito de pessoas que estão em hospital psiquiátrico e gostaria de saber se você pode colaborar comigo falando sobre sua vida”. Após a concordância, as entrevistas seguiam à partir das associações livres dos sujeitos.

As eventuais intervenções feitas pela entrevistadora, ocorreram no intuito de estimular a produção verbal dos sujeitos, na intenção de esclarecer aspectos obscuros das narrativas, além de estimular o próprio relato das experiências vividas. Dessa forma, quando os relatos adentravam no âmbito da doença mental e suas implicações, a questão era aprofundada pois o objetivo deste estudo era pesquisar as Representações Sociais dos sujeitos acerca da temática.

Durante as entrevistas, recorri à **Técnica Projetiva**, mais precisamente ao **Desenho-Estória livre e com tema**, adaptado para a pesquisa de Representações Sociais, com base nos Procedimentos de Desenhos-

Estórias de TRINCA (1987). Este autor considera que as Técnicas Projetivas auxiliam a fluência do mundo de fantasias, em especial as fantasias inconscientes, e caracteriza o desenho-livre como um “estímulo de apercepção temática”*.

Os estudos sobre desenho livre que até então vinham sendo utilizados pela psicologia como instrumento de investigação diagnóstica, foram recobrados por TRINCA (1987), a partir do ângulo da associação entre técnicas de apercepção temática e desenho livre.

O autor introduz então os Procedimentos de Desenhos-Estórias, como instrumentos de investigação clínica da personalidade de crianças e adolescentes. Estes, são inseridos na concepção metodológica mais ampla que são os Procedimentos Projetivos.

Proshansky apud AIELLO-VAISBERG (1995), afirma que o traço fundamental dos Procedimentos Projetivos é o fato das expressões dos sujeitos não serem compreendidas apenas a partir do significado que o próprio sujeito conscientemente lhes atribui, mas interpretadas em termos de alguma conceituação psicológica pré-estabelecida.

Embasada nestas teorias, no decorrer da entrevista utilizei o **Procedimento Desenho-Estória**, oferecendo material gráfico (1 folha de papel sulfite branco, lápis de côr e lápis preto-grafite), sendo que os lápis foram escolhidos pelos sujeitos indiscriminadamente. A seguir solicitei a produção do

* Abt e Bellak apud TRINCA (1987) definem apercepção como uma interpretação dinamicamente

Desenho-Livre dizendo: “nesta folha faça o desenho que quiser”. Ao término deste procedimento, solicitei que a paciente contasse uma estória sobre a produção gráfica feita e desse um nome à mesma. Ao final desta etapa, foi repetido o procedimento anterior, ou seja, solicitei que fizesse outro desenho, contasse uma estória e desse um nome: “nesta folha desenhe uma pessoa que sofre”. Portanto, apenas nesta fase, sugeri um tema. Cada paciente produziu dois desenhos por entrevista.

Sendo o **desenho estória livre**, um estímulo de apercepção temática, que através de formas gráficas de expressões envolve formas verbais de associações relacionadas com a percepção de estímulos, constitui-se também um instrumento facilitador para a fluência dos conteúdos internos (inconscientes) a realidade externa.

Desse modo, o **desenho com tema** funcionou como estímulo de apercepção temática “sob medida” a partir da qual a estória foi idealizada (TSU, 1991). Esta autora correlaciona o ato de desenhar à entrada do sujeito na chamada área transicional, isso é, dentro da perspectiva Winnicottiana de transicionalidade, facilitando assim, a emergência de substratos inconscientes.

WINNICOTT (1975) fala da existência de uma área intermediária entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido, isto é, um espaço intermediário de experimentação para o qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa. Segundo este autor, o chamado espaço

transicional corresponderia à região intermediária do entrevistado fazendo coligação entre seu mundo interior e exterior emergindo assim, substratos inconscientes.

AIELLO-VAISBERG (1995) vem desenvolvendo estudos nos quais utiliza métodos projetivos para a análise da psicodinâmica das Representações Sociais. Nestes, considera que procedimentos projetivos “englobam tudo o que a partir de uma forma sofisticada de brincar, propicie conhecimento acerca da subjetividade mediante o uso, pelo pesquisador, de métodos de escuta que subvertam o acordo consensual dos significados cotidianos e de teorias psicológicas que permitam a atribuição de novos significados às produções emergentes”.

Nesta perspectiva, a ludicidade é bilateral e não se limita à aplicação do procedimento e à expressão do sujeito. Para AIELLO-VAISBERG (1995), ao interpretar, o pesquisador também brinca, principalmente quando mantém uma relação sadia com a teoria, quando vê a mesma como uma construção possível que pode propiciar um aproximar esclarecedor sobre a complexidade do fenômeno. Refere esta autora que “dessa forma, o pesquisador pode apreender o que num ‘flash’ o sujeito traz acerca do modo como se vincula a determinados objetos sociais, à partir das angústias, defesas e elaborações imaginativas as quais articuladamente constituem a psicodinâmica das Representações Sociais”.

As teorias e as abordagens dos autores citados contribuíram para a elaboração desta pesquisa através de uma compreensão psicodinâmica das Representações Sociais de pacientes psiquiátricos.

Phoshansky apud AIELLO-VAISBERG (1995), afirma que quando se pode esperar dificuldades na expressão dos sujeitos, são indicadas técnicas encobertas de pesquisa.

Nesta ótica, a pergunta indireta contida na proposta projetiva presente nas solicitações: “desenhe”, “conte uma estória”, “dê uma nome ao desenho”, propiciou a entrada do sujeito na área transicional.

Constatai que a utilização do Procedimento Desenho-Estória, colaborou para que emergissem os substratos afetivos-emocionais mencionados por AIELLO-VAISBERG (1995).

O clima de espontaneidade propiciado pela sua aplicação, funcionou como elemento propiciador para expressões inconscientes, ou seja, proporcionou maior fluidez e estímulo na comunicação de conteúdos mais profundos. Essa fluidez já vinha sendo demonstrada no campo da entrevista através da utilização da técnica de História de Vida. Portanto, o procedimento de Desenho-Estória veio contribuir como um instrumento facilitador de melhor conhecimento acerca da subjetividade dos sujeitos.

Posteriormente às fases de realização e transcrição das entrevistas, recorri aos registros contidos nos prontuários (ANEXO 2). Isso se deu, partindo da consideração que o manuseio e a leitura dos mesmos pudesse contribuir para melhor entendimento ou esclarecimento relacionados aos percursos de vida de cada pessoa.

Dessa forma, busquei os registros dos prontuários no intuito de complementar informações sobre cada sujeito da pesquisa.

Análise dos Dados

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pela própria pesquisadora.

Ouvir e transcrever as mesmas constituiu-se para mim, num exercício de memória em que cada cena era peculiarmente revivida. Este movimento propiciou a emergência dos impactos emocionais registrados em meu inconsciente facilitando reflexões sobre as experiências partilhadas naquelas situações. A seguir, efetuei a leitura dos textos transcritos a partir de uma certa “atenção flutuante”^{*}.

Busquei olhar os dados, tendo em vista possibilitar condições para que a “manipulação calma” dos mesmos pudesse dar abertura ou espaço para as minhas evocações internas, contribuindo para o emergir do novo, das surpresas, dos sentidos contidos naquele material. Pude perceber que, à medida que ia ordenando a pesquisa, a mesma seguia o caminho da objetividade.

^{*} LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.B. Vocabulário da Psicanálise, São Paulo, Martins Fontes, 1992. “Segundo Freud, é o modo como o analista deve escutar o analisando: não deve privilegiar a priori qualquer elemento do discurso dele, o que implica que deve funcionar o mais livremente possível a sua própria atividade inconsciente. Esta recomendação técnica constitui o correspondente da regra da associação livre proposta ao analisando”.

Nessa etapa de primeiros contatos com os textos, me baseei em SILVA (1993) que enfatiza a importância do pesquisador permitir que os dados repousem por algum tempo na própria mente. Ressalta ainda que este deve procurar suportar o acúmulo de estímulos e ausência de significação. Assim, para SILVA (1993, p. 24), a paciência torna-se importante nesta fase de espera em que “o inconsciente faz o seu trabalho e a emergência do significado venha enfim aliviar a angústia do pesquisador e abençoá-lo com uma teoria provisória nascida de seu material de estudo”.

Renunciar à segurança de um saber prévio, abrir-se ao novo e ao desconhecido que se manifesta, proposto por este autor, solicita elaboração interna, pede tolerar o momento de ansiedade proveniente dos primeiros contatos com os dados na íntegra.

Segundo SILVA (1993, p. 22), “para se contrapor ao medo de que nada de novo surja ou à necessidade imperiosa de mostrar eficiência, há que acreditar no eterno movimento da vida, na natureza sempre pulsando em direção à representação e ficar tranqüilo de que um sentido sempre acabará por se fazer, porque é da ordem do humano que assim aconteça”.

Seguindo estes pressupostos, fiz nova leitura baseada na “atenção flutuante” e elaborei uma análise partindo daquilo que emergiu das leituras relacionadas à cada sujeito. Nesta perspectiva, pude contextualizar o encontro com os mesmos, enfocando a situação na qual foram feitas as entrevistas, além de efetuar o que HERRMANN (1995) chama de “completar o desenho do desejo”,

isto é, fazendo a elaboração de teorias mais completas sobre cada sujeito, levantando hipóteses e compondo um desenho ou figura característica de cada paciente que foram expressas nos textos elaborados.

A fase seguinte, constituiu-se na **Análise Temática**, sempre a partir de nova leitura das entrevistas, uma vez que esta possibilitava o acompanhamento dos relatos feitos pelos sujeitos e propiciava a atenção para alguns trechos mais significativos das experiências pessoais e das Representações Sociais dos mesmos sobre a loucura, a internação psiquiátrica e o sofrimento psíquico.

A Análise Temática, pertence à primeira fase do processo de **Análise de Enunciação** proposto por D'Urung (BARDIN, 1994). Esta técnica de análise foi elaborada por D'Urung, tendo em vista o tratamento qualitativo para os dados obtidos em situações abertas. Consiste numa modalidade da **Análise de Conteúdo**, que se difere das demais técnicas por apresentar duas características importantes: 1) Apoia-se numa concepção da comunicação como processo e não como dado; 2) Funciona desviando-se das estruturas e dos elementos formais. A técnica aplica-se particularmente ao tipo de discurso produzido pela entrevista não diretiva.

Para D'Urung (BARDIN 1994), o discurso não é produto acabado, mas um momento num processo de elaboração, composto de contradições, de incoerências e de imperfeições, tendo sua dinâmica própria. Assim a Análise de Enunciação consiste em apreender ao mesmo tempo os diversos níveis da

dinâmica imbricada nos discursos. Para isso, requer uma organização do material coletado e seqüencialmente ocorrem as etapas de análise: Análise Temática, Análise Lógica, Análise Seqüencial, Análise de Estilo e Identificação dos Elementos Atípicos (entre outros, as recorrências, as ambivalências, os lapsos).

Detive-me na **Análise Temática**, uma vez que a mesma mostrou-se suficiente para o alcance dos objetivos propostos por esta pesquisa, isentando-me das outras fases subseqüentes da Análise de Enunciação.

Considerando que a Análise Temática é transversal, recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos, busquei os temas significativos ou as unidades de significação.

Segundo D'Urung (BARDIN, 1994), o tema consiste numa unidade de significação complexa, de comprimento variável; "a sua validade não é de ordem lingüística, mas de ordem psicológica. Pode constituir um tema, tanto uma afirmação como uma alusão. Assim, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações e pode reenviar para diversos temas".

Nesta perspectiva, após fazer o "recorte" das entrevistas através da elaboração de uma grelha de categorias, não me ative às mesmas mas busquei os "núcleos de sentido" que compunham as narrativas. Foi importante a categorização para ter um primeiro contato com as falas das pacientes. Porém, senti que ainda era árido; assim, julguei que trabalhar com os núcleos de sentido dava mais vida às narrativas.

As falas dos sujeitos, muito além de impressionar-me e impregnar-me possibilitaram-me apreender a “dramática” vivida por cada um, no decorrer da sua existência. Tiveram além disso, o objetivo de captar as idéias que os mesmos desenvolveram através das experiências pessoais dentro do contexto social.

Através da utilização da Análise Temática, construí o capítulo que se refere às Representações Sociais de cada sujeito sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico.

A teoria das Representações Sociais consiste em importante instrumento de aproximação e compreensão da realidade vivenciada pelos pacientes psiquiátricos institucionalizados. Segundo MOSCOVICI (1978), a mesma origina-se nas relações interpessoais e uma vez constituídas, influem nas condutas dos indivíduos para com o objeto social em questão.

Desta maneira, o ambiente de internação e o espaço ocupado por cada sujeito, formam o contexto no qual as idéias e as concepções acerca dos objetos sociais se desenvolvem. Assim, neste contexto histórico, as pacientes ouvidas elaboraram teorias que foram compondo as Representações Sociais.

Para JODELET (1989, p. 36), as Representações Sociais são entendidas como “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada tendo uma finalidade prática e contribuindo para a construção de uma realidade comum ao conjunto social”.

Assim, sobrepõem-se à consideração da pessoa dentro do universo socialmente partilhado tal como o sentido das Representações Sociais dentro do universo pessoal de cada sujeito.

Importante ressaltar que a análise foi elaborada a partir do material fornecido pelos sujeitos, embora na apresentação individual dos mesmos, tenha incluído algumas informações adquiridas nos prontuários. A escassez de informes contidos nos prontuários não trouxeram acréscimos significativos ao material de análise, do ponto de vista de história de vida das pacientes.

Posteriormente, elaborei três textos que compõem o quinto capítulo. Cada qual referente aos objetos desta pesquisa fazendo contrapontos entre os sujeitos, os autores estudados e a minha compreensão pessoal de cada situação que me apresentava.

A construção dos textos elucidou a integração do objeto representado no sistema de pensamento existente, pleno de valores, conceitos e normas que vão interferindo e compondo o contexto social.

Nesta fase, mantive-me de certa forma afastada das “dramáticas pessoais”, destacando a maneira como se interrelacionam os conceitos, os valores, as imagens e idéias vinculadas à loucura e/ou doença mental, à internação psiquiátrica e ao sofrer psíquico.

Dessa maneira, os sujeitos pertencentes à categoria dos doentes mentais institucionalizados, construíram teorias que retratam suas vidas, suas experiências e suas dores. E a partir do ponto de vista das pacientes organizado

como teorias, procurei as causas, as manifestações, as conseqüências da loucura em suas vidas. Considerando as Representações Sociais ou as teorias surgidas, busquei verificar suas articulações, suas convergências e suas divergências, indo dialéticamente entre individual para o social.

Considere também, que os pressupostos teóricos da “conduta humana” tal como foi elaborada por BLEGER (1989), se adequam neste estudo. Para o autor, a mesma consiste num efeito, resposta, ou emerge de uma dada situação. Suas manifestações coexistem nas áreas do corpo, da mente e do mundo externo.

BLEGER (1989) direciona seus estudos para as manifestações do ser humano enquanto significativas da vida ou da dramática humana* considerando que as condições naturais da conduta são aquelas da condição humana. Assim, a conduta de um ser humano ou de um grupo, se dá sempre num contexto dinâmico de vínculos e relações humanas interatuantes em cada momento. Isto denota que no estudo de um fenômeno, torna-se imprescindível fazê-lo em função de suas relações em um dado momento.

De acordo com o enquadramento dramático de (BLEGER 1989, p. 85), a conduta deve ser considerada em termos de experiência, de acontecer ou de acontecimento humano, isto é, dentro do mesmo nível de integração no qual realmente ocorre, e como tal, a mesma possui sentido ou significado. Para ele,

* Termo empregado inicialmente por Politzer apud e Bleger (1989), retomado por este autor. O mesmo o considera como o conjunto das experiências, das trajetórias vividas pela pessoa. Sendo assim, a dramática humana se encontra diretamente relacionada à conduta humana.

“toda conduta do ser humano é sempre significativa, tem um sentido, tratando-se de condutas normais ou anormais, intencionais ou não, conscientes ou não”.

De acordo com esta ótica, a análise deste trabalho se orienta na compreensão das Representações Sociais sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico da população estudada. A análise qualitativa do discurso dos pacientes psiquiátricos, propicia a consideração das experiências vividas por cada sujeito dentro de seus contextos e significados; e estes, podem estar no âmbito inconsciente, e portanto, desconhecido. Todavia, estão presentes no imaginário social e pessoal e tem como conseqüências as atuações no mundo externo.

CAPÍTULO II - PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

A Psiquiatria..... O que diz?

“Por vezes é como se o “veneno nosografista” que Henry Ey dizia haver contaminado os psiquiatras, invadissem também nossa seara, alimentando a convicção de que o nosso problema é a entidade “psicose”, sendo os psicóticos meros efeitos.

Somos levados a crer que a psicose fala através dos psicóticos, e não o contrário.

Sem nos darmos conta invertemos o eixo de nossa investigação e o sentido da clínica”. (Benilton Bezerra Jr.)

A partir do século XVIII, a medicina ocidental tentou encontrar uma causa anátomo-fisiológica para cada manifestação patológica. A psiquiatria procurou definir as causas orgânicas cerebrais específicas de diferentes manifestações. Nesse contexto deu-se grande impulso na investigação de alterações anátomo-funcionais cerebrais como causa de condutas anômalas. Assim, surgiram estudos importantes em países da Europa e estes impulsionaram a evolução de novas descobertas.

A tendência anátomo-biológica prevaleceu no continente europeu. Isso culminou com a primeira sistematização das enfermidades mentais através do tratado de Kraepelin em 1896, que é referência importante para a nosografia psiquiátrica.

Dividindo os pacientes segundo os sintomas, Kraepelin utilizou-se da nosologia e entre seus estudos e achados, destacou a sintomatologia da demência precoce, que Bleuler em 1911 chamou de esquizofrenia.

No final do século XIX, surge através de Freud, a psicanálise e nela a noção de inconsciente. Essas correntes contrapõem-se ao discurso psiquiátrico da época, pautado no modelo organicista. Freud valorizava o conhecimento da história vivida pela pessoa, os fatos determinantes dos sofrimentos psíquicos, as vivências traumáticas da infância que reprimidas, habitam o inconsciente. Este é portanto, o lugar teórico das representações recalcadas que não chegaram à consciência.

Segundo CHAUÍ (1989), o surgimento da psicanálise trouxe um movimento que veio desmascarar os malefícios causados pelo social no mental e também questionar a racionalidade do comportamento socialmente manifesto.

Apesar do “novo olhar” trazido pela psicanálise, a ótica organicista do século XIX e início do século XX prevaleceu na ciência como um todo, e também na psiquiatria.

Até a metade do século XX, os hospitais psiquiátricos eram habitados não só por “doentes mentais”, como também por outros inadaptados, improdutivos e marginalizados da sociedade (andarilhos, ladrões, leprosos). Os hospitais passaram a atender a um número excessivamente alto de pessoas com dificuldades de reintegração no contexto social, no mundo do trabalho.

Dessa forma, as instituições psiquiátricas assumiram a função de custódia de situações sociais sem respostas, caracterizando-se como depósitos de pessoas indesejadas e perturbadoras da ordem. Isso produzia no interior das

instituições, situações de violência embora essas tivessem como propósito, a contenção das “desordens”.

Com o término da segunda guerra mundial, após anos de convívio com a destruição e a violência, um grande número de ex-combatentes também apresentavam-se inadaptados à realidade.

Esse fato engrossou e aumentou a demanda nos hospitais psiquiátricos. Na época, foram um milhão de internados na Europa Ocidental, suspeita-se de dois milhões no Leste Europeu e seiscentos mil nos Estados Unidos (EVARISTO, 1996a).

Isso levou à reflexão sobre a função dos hospitais psiquiátricos como centros de tratamento e reabilitação, além de questionamentos sobre os gastos financeiros com tantas internações.

Nesse contexto, surgiram os movimentos mundialmente conhecidos de análises e críticas anti-institucionais em países ocidentais como nos Estados Unidos com Goffman, na Inglaterra com a Psiquiatria Social de Lewis e a Antipsiquiatria de Laing e Cooper, na França com a Psiquiatria de Setores com Bonafé e Daumazon e na Itália, iniciado por Basaglia, o movimento antimanicomial da Psiquiatria Democrática.

Nos países de língua alemã, a fenomenologia e o existencialismo ganharam maior espaço para desenvolverem-se. Estas correntes de pensamento, opõem-se ao aniquilamento do homem e visam a humanização da relação com o paciente.

Segundo LAPLANTINE (1991) estes movimentos tiveram uma abordagem convergente da doença mental, ou seja, existe uma “verdade” da loucura que não se deve reprimir mas, pelo contrário ouvir com a finalidade de que ela não se degenere em “doença mental”.

Assim, os modelos de intervenção surgidos na época visavam reduzir ou eliminar a utilização dos hospitais psiquiátricos. Nos Estados Unidos, o processo de mudanças institucionais assumidas no governo Kennedy, autorizou a abertura dois mil Centros de Saúde Mental Comunitários por todo o país. O processo americano trouxe contribuições teóricas para o Brasil, as quais vieram através de CAPLAN (1966) que também influenciou os programas comunitários na América Latina.

Na Inglaterra, Main em 1946 introduziu a expressão “comunidade terapêutica”. Logo a seguir, Maxwell Jones a reutiliza de maneira mais sistematizada na assistência. Na França, houve a “Setorização” que consistia em medida político-administrativa, dividindo o território de atuação do hospital psiquiátrico. Utilizava a estrutura existente, criando também, outras estruturas psiquiátricas externas como ambulatórios, hospitais-dia e estas articulavam-se entre si.

Na Itália, o caráter político do movimento da Psiquiatria Democrática, o distingue nitidamente dos outros movimentos. Basaglia, influenciado pela fenomenologia, dizia que a ele interessava muito mais o doente do que a doença. Em 1962, este psiquiatra italiano inicia em Gorizia a

singular experiência de transformação de uma instituição fechada e autoritária. Nesta proposta, há a reflexão da diferença entre desospitalização, desinstitucionalização e transinstitucionalização.

A desospitalização refere-se tão somente ao fechamento dos hospitais psiquiátricos.

A transinstitucionalização está ligada ao não envolvimento da comunidade no processo de mudança, podendo haver, aumento de asilos, casas de repouso ou qualquer outra instituição que possa alienar a pessoa do convívio social e familiar, ou o abandono do doente pelas ruas.

O movimento de desinstitucionalização na Itália, tem a prática como ponto de partida, enfoca as instituições públicas de saúde, tentando envolver toda a sociedade local. Sendo assim, é fundamentalmente político na medida em que busca formas alternativas para a organização da sociedade, envolve repensar, envolve uma nova mentalidade que olha o doente e a doença de frente.

Após Gorizia, outras cidades como Trieste, Peruggia, Arezzo, Nápoles, Gênova, Livorno, Roma, Turim e Parma, vieram a constituir uma rede de experiências na Itália formando a Psiquiatria Democrática Italiana, que tem hoje em Trieste sua maior representatividade.

Em 1978, o parlamento italiano aprovou a Lei da Reforma Psiquiátrica, conhecida como Lei 180 que sancionava:

- a) o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, proibindo a construção de outros ou efetuar novos internamentos;
- b) a abertura de pequenas repartições de hospitalização em hospitais gerais ou em Centros de Saúde Mental descentralizados pelo território (estes eram considerados a base da nova rede de assistência);
- c) a criação de pequenas estruturas protegidas para pessoas incapazes de viver em família ou sozinhos.

ROTELLI (1990), ao relatar a experiência italiana, evidencia que a verdadeira desinstitucionalização em psiquiatria, tornou-se um processo social complexo com a tendência de mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, procurando transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, a produzir estruturas de saúde mental que substituam inteiramente a internação no hospital psiquiátrico. Nessa perspectiva, as citadas estruturas de Saúde Mental, nasceram da desmontagem e conversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.

Sobre a perspectiva da assistência prestada, diz ROTELLI (1990), “depois de ter descartado a solução “cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana que alimenta este sofrimento”.

Todavia, apesar de caminhar no sentido da desconstrução do modelo tradicional de psiquiatria, através de propostas de efetivação de modelos

mais humanitários, as correntes de investigação e assistência são ainda voltadas para a análise e para os cuidados que visam fatores genéticos e biumorais dos distúrbios mentais.

Há ainda a supremacia de interesses econômicos, das indústrias farmacêuticas, da rede privada, além de interesses particulares de grupos acadêmicos. A psiquiatria biológica fazendo uso de instrumentos como o hospital psiquiátrico, o ambulatório, sendo os dois de caráter médico clássico, pautada portanto em instrumentos legais, jurídicos e normativos, segue sendo o modelo preponderante (EVARISTO, 1996a).

Na psiquiatria atual, a nosografia é dominada pela tendência comportamentalista norteamericana.

PICCIONE (1995) reflete sobre os critérios para classificar as doenças e lembra que quando a etiologia é ignorada, tem-se como critério de classificação as lesões anátomo-patológicas produzidas pela doença, citando como exemplo os tumores dos pulmões. Estes vêm classificados em carcinomas, adenomas, adenocarcinomas etc. Quando a patogênese e a lesão anátomo-patológica não são evidentes, a medicina utiliza como critério de classificação as síndromes, isto é, a associação recorrente dos sintomas. Uma vez que o sintoma não é objetivamente visualizado, o critério nosológico é tênue e a identificação da doença torna-se difícil. Para PICCIONE (1995) esta é a condição típica da psiquiatria. Nela, o “órgão evidenciado” é sempre o encéfalo e os distúrbios são na sua maioria identificáveis como recorrentes dos sintomas. É evidente que não

é fácil atribuir significados em termos objetivos a um comportamento cujo valor é relativo às normas que variam de acordo com a pessoa que as atribui dentro de um contexto cultural.

A classificação dos distúrbios mentais, advinda dos Estados Unidos, propõe-se e é utilizada internacionalmente. Tal classificação foi elaborada pela Associação Americana de Psiquiatria e é denominada Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais e tem como sigla D.S.M. IV R. Outra classificação diagnóstica dos distúrbios mentais, utilizada internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde, é denominada International Classification Disease, 10 Revision e tem como sigla ICD-10 ou CID-10.

Estas classificações e fragmentações das doenças de acordo com sintomas, podem ser utilizadas em qualquer parte do mundo, no entanto, perdem de vista as psicopatologias (palavra originária do termo *phatos* que significa sofrer) e sobretudo a pessoa em sua complexidade.

O D.S.M. IV R. conta com uma estrutura de itens para expressar as correlações entre os sintomas clínicos, os desvios da personalidade, a condição física, os sinais psicossociais de stress e a adaptação da pessoa às relações sociais. Entretanto, evidencia-se uma redutividade no diagnóstico psiquiátrico que se apresenta sintomatológico ou sindrômico. Este, além de outros fatores, desconsidera a forte organização institucional que pode vir a modificar a personalidade humana.

EVARISTO (1996a) lembra que fora do hospital psiquiátrico, desaparecem muitas formas de catatonia. A incidência de um diagnóstico pode mudar segundo o lugar de observação, ou seja, dentro ou fora do ambiente manicomial, o que ocasiona também a variação do prognóstico do transtorno mental.

Assim, este autor reitera a necessidade do emprego de maior quantidade de enfoques possíveis na interpretação do sofrimento psíquico. Isto pode contribuir para a não redução da pessoa à mera interpretação médica ou psicológica, carente de uma compreensão mais ampla do fenômeno. Este entendimento está ligado a fatores de âmbito social afetivo e às circunstâncias vividas por cada um.

ROTELLI (1983) lembra que quando Pinel, psiquiatra francês, precursor da psiquiatria, começou o seu trabalho de racionalização de Salpêtrière, concretizou o “tratamento moral dos loucos” no século XVIII. Pinel teve aprovação dos políticos, e ROTELLI (1983) cita Conthon, um desses políticos da época que disse: “Cidadão Pinel, faça aquilo que pensa ser justo”. Desta forma, nascia a delegação do político ao técnico, ou seja, a gestão da loucura, a edificação da instituição conveniente, com um mandato preciso de controle científico da loucura. E a psiquiatria há dois séculos vem absorvendo a lição inicial.

Em virtude disso, vemos que o exame de prontuários psiquiátricos, com sua subdivisão das funções psíquicas dá a impressão de que o diagnóstico, a

prescrição e a decisão de internação obedecem a consideração estritamente médica embora nesta estejam implícitas pressões por parte da família ou às vezes da polícia. Talvez esse profissional, esteja também imbuído pela ética da responsabilidade lembrada por PITTA (1996) como aquela que fala do “tomar a si a responsabilidade de tratar”.

No entanto, ao internar, o médico desconsidera as implicações e comprometimentos para a vida da pessoa. Isto nos leva a refletir que uma ética de responsabilidade deve ter implicações legais, técnicas e administrativas.

Para PITTA (1996), no campo da psiquiatria, os sintomas, as condutas, as funções alteradas, são aos olhos do observador impactos de variações que podem ser decisórias para a internação. Assim, “a inflexibilidade do observador ante a diversidade e transitoriedade psicológica, torna empobrecedora e expressa com frequência sua própria limitação e particular intolerância quando se faz juiz da anormalidade do outro”.

HOLMES & SOLOMON (1980) citam que no ato da internação, a categoria “comportamento estranho”, quando referida pelo psiquiatra no prontuário, recebe avaliação diferente conforme o paciente tenha ou não sido internado anteriormente. Também concluíram que a variável “atitude do familiar acompanhante” mostrou-se como fator de peso na tomada de decisão do médico.

Isso sugere que se a família não tem recursos, não conta com aportes sociais, o paciente sempre parecerá grave e se a estrutura utilizada pela

psiquiatria consiste apenas no hospital psiquiátrico e este teoricamente “enfrenta” os problemas graves, esta estrutura será valorizada socialmente.

PITTA (1996) diz que pesquisas americanas concluíram que a informação que mais diretamente influía na decisão de internar era determinada pelo meio social do paciente.

TSU (1993), pesquisando sobre a internação psiquiátrica e o drama das famílias enfoca que o paciente tem maior probabilidade de ser admitido em hospital psiquiátrico, quando tem história de internamento anterior. Isso sugere que a pessoa que já esteve internada, adquire um estigma, não apenas aos olhos das pessoas em geral, mas até mesmo diante do pessoal médico.

Considera TSU (1993) que o ato de internação psiquiátrica é um ato complexo dependente de diversas variáveis que norteiam a tomada de decisão do profissional, que pode estar sendo influenciado por variáveis das quais não têm consciência. Ressalta ainda que o acompanhante é um cliente no sentido jurídico do termo, é um cidadão que contrata um serviço, enquanto o paciente permanece cliente apenas na qualidade do objeto de determinadas práticas profissionais.

Nessa perspectiva, podemos pensar que o presságio e o destino atribuído à loucura e ou a doença mental obedecem as diversas culturas das sociedades humanas e estas têm demonstrado condutas diferentes. Nas sociedades tribais do continente africano por exemplo, realizam-se rituais com envolvimento dos membros daquela sociedade, protagonizando-se assim, o

acolhimento ao louco através do culto religioso. Nas sociedades orientais, somente a psicose é considerada patológica. Hoje, tanto no exterior como no Brasil, temos experiências de assistência psiquiátrica que demonstram novas possibilidades de tratamento, nas quais a internação é pouco utilizada. Quando este procedimento é indicado, a permanência do paciente na unidade é curta e de acordo com cada situação, ele é reinserido ao seu programa reabilitativo num Centro ou Núcleo de Saúde Mental.

Isso nos remete a reflexão de que o tipo de resposta institucional e o acolhimento que recebe a pessoa na situação de distúrbio mental, condiciona sua evolução, ou seja, o apoio da rede familiar e social parece ser muito mais eficaz que a internação plena de aparatos “terapêuticos”.

Um diagnóstico sintomatológico somente serve para silenciar o sintoma com o psicofármaco mais específico, e não permite de modo algum atender os enormes problemas subjacentes. No desejo de alcançar um conhecimento mais profundo dos fenômenos humanos, temos que associar as categorias “científicas” com as categorias mais humanas, complexas e incertas baseadas na observação dos fenômenos. A não consideração da história vivida pela pessoa, do seu cotidiano, da ocorrência dos fatos leva-nos a tornar a intervenção um estéril abuso tecnológico (EVARISTO, 1996a).

Nesta ótica, o modelo biológico no qual foram criados os hospitais psiquiátricos, manifesta suas próprias limitações frente à complexidade da psicopatologia humana e, à complexidade da natureza humana.

Conseqüentemente, o modelo biologicista, frente à necessidade de responder aos níveis que compõe essa natureza humana, impõe uma intervenção coercitiva, controladora, baseada na cientificidade, além de destituída de uma visão mais acolhedora do sofrer psíquico manifestado nas condutas dos pacientes.

EVARISTO (1996a) destaca que isso teve como produto a objetivação das pessoas acometidas por distúrbios mentais. Através da classificação segundo os sintomas ou comportamentos, ignoram-se todos os demais atributos residuais do ser humano, como a habilidade, a capacidade afetiva, o desejo, etc.

Dessa forma, as práticas psiquiátricas agrupam as pessoas e isentam-se de visualização das dramáticas vividas, dos contextos nos quais efetivaram-se os fenômenos humanos e desconsideram os sentidos latentes, subjacentes nos discursos manifestados por essas pessoas. Isto contribui para encobrir a realidade social plena de iniquidades, encobrir a política social e econômica injusta geradora de sofrimento psíquico e tem como conseqüência a ausência de reabilitação das potencialidades perdidas ou adormecidas, diminuindo as possibilidades de reencontro da própria trajetória pessoal.

Entretanto, essas práticas psiquiátricas vêm embasadas num discurso científico, submetidas portanto, à linguagem dos especialistas e aprovados pelos dirigentes. Segundo PERRUSI (1995), a ancoragem socializa uma representação de doença mental entre os profissionais da área e projeta para o

mundo, via poder e hegemonia médica, a condição de se viver constantemente sob o signo da identidade entre loucura e doença mental.

MACHADO (1995) diz que “aquilo que uma sociedade concebe e imagina sobre determinado objeto social sustenta e legitima as práticas sociais tidas como corretas em relação a ele. Assim, os mitos de pensamento e representação, os mitos e as crenças presentes no imaginário social acerca da loucura são diretamente responsáveis pelas normas de conduta prescritas pela sociedade para a identificação e “recuperação” das pessoas loucas”.

Desse modo, os progressos científicos, a produção de conhecimento sobre os distúrbios mentais e sua complexidade, dependem da organização social, política e econômica da sociedade. No entanto, a resposta socialmente dada à loucura efetiva-se através da constante ignorância do que a mesma expressa, tentando organizá-la, normatizá-la no transcorrer da história. Isto acontece através de uma ciência revelada como ideologicamente opressora e que visa satisfazer a sua própria necessidade de organizar.

Nesse processo, destaca-se a desconsideração do homem como sujeito, assim como os contextos vividos por ele e os significados de suas condutas.

No entanto, BLEGER (1989) retoma essa questão com o seu conceito de “drama humano”. Nesta ótica, enfatiza o significado da conduta humana dentro de determinada situação vivida, isto é, a qualidade de todo

objeto é sempre relacional e deriva das condições e das relações nas quais se acha cada objeto em cada momento.

Para BLEGER, as qualidades de um ser humano derivam sempre de sua relação com o conjunto de condições totais e reais. O conjunto de elementos, fatos, reações e condições constitui o que se denomina situação e esta cobre sempre um certo período, um certo tempo.

Nesta perspectiva, os seres humanos devem ser estudados sempre em função e em relação estreita com o contexto real de todos os fatores concretos que configuram a situação.

Seguindo o pensamento de BLEGER (1989) na questão da loucura, vemos que quando esta é contextualizada é também valorizado o drama humano dos sujeitos; assim, saímos do território das certezas garantido pela psiquiatria tradicional e caminhamos para o espaço das probabilidades.

Isto vem se contrapor o rigor da quantificação preconizada pelo positivismo, no qual se embasa a psiquiatria tradicional legalizadora e restituidora da ordem.

SANTOS (1987) diz que o declínio da hegemonia da legalidade é concomitante ao declínio da hegemonia da causalidade. Segundo este autor, “o que quantifica, desqualifica, ao objetivar os fenômenos, os objetualiza e os degrada, ao caracterizar os fenômenos, os caricaturiza”.

No campo do conhecimento, vivemos hoje a transição da ciência moderna, para uma ciência pós-moderna e, para SANTOS (1987), “na ciência

pós-moderna o salto mais importante é dado do conhecimento científico para conhecimento do senso comum; este é prático, pragmático, reproduz-se colado às trajetórias e às experiências de vida das pessoas ou dos grupos sociais”.

Estamos hoje situados há bem pouco tempo do início de um novo milênio e de um novo século. A história tem em seus registros, as significativas mudanças de idéias que marcaram o passar dos séculos e contribuíram para a expansão de novas formas de pensamentos que vieram influenciar a própria história do homem.

Entretanto, o discurso e as práticas de cunho organicista prevalecem na assistência psiquiátrica, havendo ainda menor penetração das ciências humanistas surgidas no início do século XX. Estas resistem à separação sujeito/objeto e visam maior conhecimento intersubjetivo, descritivo, levando à uma maior compreensão dos fenômenos humanos.

Esta compreensão torna-se fator importante para a melhoria das intervenções que estejam mais perto da dignidade pessoal dos profissionais, assim como da dignidade das pessoas que requerem os seus cuidados.

CAPÍTULO III - QUATRO MULHERES, SUJEITOS DA PESQUISA

QUATRO MULHERES, SUJEITOS DA PESQUISA

*Prá mim
Basta um dia
Não mais que um dia
Um meio dia
Me dá
Só um dia
E eu faço desatar
A minha fantasia
Só um
Belo dia
Pois se jura, se esconjura
Se ama e se tortura
Se tritura, se atura e se cura
A dor
Na orgia
Da luz do dia
É só
O que eu pedia
Um dia pra aplacar
Minha agonia
Toda sangria
Todo o veneno
De um pequeno dia (Chico Buarque)*

Os sujeitos desta pesquisa são mulheres, que têm em comum percursos de corpos os quais, uma vez considerados doentes, foram negados em suas características e desse modo, foram sendo assimiladas pela instituição. Esse percurso foi chamado por GOFFMAN (1990) de carreira moral do doente mental.

Refletindo sobre os resultados deste processo de aniquilamento dessas vidas que representam o grupo de doentes mentais, observamos que por diferentes vias, homens e mulheres são levados à mesma condição de pacientes psiquiátricos institucionalizados.

Entretanto, COMBA (1985) ressalta que embora os resultados sejam iguais, o percurso não é o mesmo: “... em nossa opinião não são idênticas as

etapas percorridas pelo homem e pela mulher ao ingressarem na instituição, pois o processo de espoliação obedece a modelos culturais adaptados diferentemente às diferentes vivências corporais”.

BASAGLIA (1983) reitera que a passividade como atitude “natural” da mulher, “coisifica” o seu próprio corpo; ela deve adequar-se à passividade e tudo o que essa mulher exprime de modo ativo e subjetivo, torna-se automaticamente agressivo, masculino, obsceno, não tolerável.

Desse modo, podemos pensar que o limite de tolerância ou de compreensão de um comportamento é relativo ao papel e à expectativa que se tem sobre a pessoa, isto é, à medida em que o olhar de quem “tolera” é destituído de consideração dos significados ou quando isso acontece é feito na direção de coisificar os gestos, as comunicações, diminuindo dessa forma, as chances de qualquer encontro.

No entanto, percebe-se que no meio social há maior tolerância ao distúrbio mental feminino, o que ocasiona proporcionalmente menor número de mulheres internadas nos manicômios. Isto sugere que o espaço e os cuidados domésticos por serem ligados predominantemente às mulheres, mesmo perturbadas, elas se sentem na obrigação de encarregarem-se dos afazeres da casa.

Paradoxalmente, SIGNORELLI (1996) lembra que se o espaço de re-produção para a mulher é o âmbito da casa, das relações e dos vínculos familiares é a própria incapacidade/impossibilidade de estar no interior desses

locais que tem levado muitas mulheres para o manicômio. Considera ainda a autora, que se o mundo dos afetos e o viver através dos outros constitui-se na modalidade de re-confirmação ou afirmação própria da mulher; o fato de interromper suas ligações, seus vínculos ou a diminuição de algum afeto pode levá-la a adoecer tolhendo-lhe o espaço e a identidade.

Selma trouxe essa questão, quando atribuiu sua loucura, à ruptura de um vínculo afetivo importante, representada pela morte do companheiro e referindo-se às expressões “vida cansada”, “coração desgastado”.

TSU & MACHADO (1988) mostram em pesquisa sobre Representações Sociais de pacientes psiquiátricos, duas expressões significativas: “vida cruel” e “coração magoado”. A primeira refere-se ao que enfrenta o homem por não conseguir realizar-se em seu papel de trabalhador produtivo e provedor de sua família; assim, embasa-se em dificuldades materiais e concretas que o levam ao desgosto, ao desespero e à enfermidade. A segunda expressão refere-se ao modo como a mulher julga-se atingida em suas aspirações afetivo-relacionais que, em não se realizando, conduzem-na à loucura.

Uma vez já no hospital psiquiátrico, após os “rituais” de início e a entrada para a carreira psiquiátrica ela passa a ser alvo dos “olhares institucionais”. Nestes, há a concepção de mulher-institucional-assexuada e qualquer conduta desta, será olhada na direção do obsceno, talvez não tão temível, porque ela já está fechada, des-historizada e esterilizada (COMBA, 1985).

SIGNORELLI (1996) afirma que se a sexualidade da mulher é sempre ligada à reprodução, uma sexualidade desvinculada da maternidade é considerada perversão para rotular-se e controlar-se, é imoralidade a ser reeducada.

Neste contexto, “o julgamento” tem uma visão de obscenidade que fere o pudor e as regras, caminha pelo terreno do impuro, além de evidenciar a distância na qual se coloca a pessoa que está “julgando”. MIRANDA (1996) pesquisando as Representações Sociais de enfermeiros de um hospital psiquiátrico sobre a sexualidade dos pacientes ali internados, evidencia entre outros aspectos, o quanto estes profissionais vêem como desvio as manifestações ligadas à sexualidade. Conseqüentemente, atuam perante as mesmas identificando-se com a ideologia dominante do hospital.

Portanto, a instituição, dentro de seu papel subjulgante, promove a quase ausência de sentido de um reapropriar por parte das pacientes psiquiátricas, do próprio corpo sexuado, uma vez que estas estão na condição de confinamento e não podem fruí-lo através de relacionamentos afetivos e sexuais.

Joana traz claramente esta questão contrapondo-se aos muros, às ordens do manicômio e considera: *“Que é que tem ter relação? É coisa da vida. (...) se a mulher não tiver relação com o namorado, assim como se fosse marido, ela fica doente, então faz parte da vida. (...) eu fugia, dava um jeito e ia para a cidade procurar homem (...) Quando eu era mais nova no Santa Teresa, não tinha homem aqui para*

eu procurar, não tinha homem aqui para eu procurar, me dava aquela vontade! Acho que a minha nação é forte a minha vontade de ter relação”.

Rosa também lembra que seus desejos não estão anestesiados: “... eu sinto falta de um homem ... (...) ... Um ou dois! Só mulher aqui dentro a gente fica louca!”

No prontuário de Selma, há um registro que denota a preocupação da equipe de saúde com a possibilidade de uma gravidez, já que ela, por um período, namorou com um paciente do hospital. Entretanto, não aparece no discurso de Selma a referência explícita de seus desejos sexuais; talvez estes estejam contidos nos relatos em que menciona o acostumar-se, o conformar-se, e a desesperança. Isto sugere que uma vez a pessoa estando na estagnação, suas necessidades, embora aparentemente, passam a coincidir com as necessidades da instituição e, desse modo, a paciente passa a ser considerada tranqüila.

Joana e Luíza passaram pela experiência e violência do incesto, no entanto, não existem referências sobre o fato nos respectivos prontuários. Vale ressaltar que, de um modo geral, encontramos muito poucos registros sobre o percurso de vida de cada pessoa, seja durante o período de internação ou seja durante o período fora do hospital.

Portanto, os agravantes, as marcas de uma experiência dolorosa como é o incesto, não são consideradas nas condutas manifestadas, uma vez que o fato é “desconhecido” pela própria instituição.

SIGNORELLI (1996) considera que muitas mulheres são sobreviventes porque conseguiram continuar a existir após experiências extremas. Nestas incorrem perdas de fragmentos importantes do ser, diminuindo a própria integridade além de levá-las a viver com intensa dor.

Dessa forma, ao serem ouvidas falam de si, de um modo próprio de sentir e viver experiências emocionais que favoreceram rupturas e cisões na vida psíquica como também, decretando limites ao próprio corpo.

Nesta perspectiva, nos reportamos a SIGNORELLI (1996) que refletindo sobre o sofrer das mulheres dentro do manicômio, ressalta que próprio da doença é o “não existir como pessoa”, o anulamento total do próprio corpo que decomposto em órgãos e funções, torna-se objeto de estudo e experimentações para os outros; a mulher distancia-se de si própria e neste estranhamento e distanciamento fundam-se o saber e o poder da própria ciência.

A- Uma primeira aproximação com as pacientes

“Joana Sofrida dos Passados”

Encontrei Joana no salão de refeitório do Núcleo, (casa localizado na área externa do hospital, onde alguns pacientes considerados crônicos dividem o espaço). Até então não a conhecia, embora tivesse estado ali em dias anteriores. Pelo olhar distante, notei que ela parecia estar longe e que tinha sobre a mesa um bordado em tela. Aproximei-me, perguntei coisas sobre o bordado e ela respondeu com poucas palavras: *“Estou fazendo um tapete”*.

Nesse momento parecia mais interessada em contar que ali não era sua casa, morava na Pensão Protegida (num bairro da cidade), que em breve iria voltar para casa, sentia-se insatisfeita por estar no hospital e não via a hora de ir embora. Estava ali internada há mais de um mês. Segundo ela, teve um problema na Pensão Protegida, e em consequência desse problema, pediu para voltar ao Hospital Psiquiátrico. Dessa forma, sentia-se ansiosa e apreensiva para retornar ao local o qual considera a sua “casa”. Falei um pouco mais com outros pacientes que se aproximaram, me despedi, disse que voltaria na próxima semana e ela respondeu que talvez quando voltasse, não mais a encontrasse ali.

Na semana seguinte voltei ao núcleo e encontrei-a sentada entre os outros pacientes, calada, parecia triste, distante e estava sem o bordado. Cumprimentou-me seriamente sem expressar nenhum sorriso, levantou-se e

aproximou-se dizendo que queria ir embora. Estava cansada de esperar a decisão “deles”, ou seja, a resolução que a autorizasse a voltar para “casa”.

Resolvi convidá-la a participar deste trabalho, ela aceitou mas comentou que se não terminássemos naquele dia, talvez eu tivesse que procurá-la na Pensão Protegida já que estava a espera da hora de ir embora.

Apesar da expressão séria e das poucas palavras pronunciadas, observei que naquele momento seu rosto expressava maior relaxamento e saímos à procura de um local onde pudéssemos realizar a entrevista.

Estávamos no final do mês de janeiro, época de altas temperaturas na região. Naquela tarde fazia muito calor, sendo assim, decidimos realizar a entrevista embaixo de uma grande árvore entre as tantas existentes nas dependências do hospital.

Começou a falar como se esperasse um questionário, ou como se estivesse acostumada a responder perguntas e à medida que relatava sua história, o fazia com um tom de voz baixo, compassado, como se precisasse ouvir bem o que dizia e dar espaço para os pensamentos.

Contou ter sido criada por pais adotivos (não fazendo referência aos pais legítimos) que quando foi levada para adoção, não tinha roupas e o pai para buscá-la, precisou envolvê-la em seu paletó.

Parece que o verbo andar tem um significado importante na narrativa da trajetória de sua vida: andou pelo mundo afora viajando, sofrendo, os filhos quase não andavam quando ela separou-se deles, numa experiência de

fuga do hospital, andou sem destino ao encontrar os filhos após alguns anos de internação, emocionou-se ao ver que estavam andando, mais tarde reencontrou-os novamente, sentiu forte emoção em constatar que aprenderam a trabalhar (e a andar na vida).

Embora tenha dito que não teve juízo no passado e também no presente, não aparentava culpa; apenas que foi andando pelo mundo afora, teve três companheiros, três filhos, sendo um de cada ligação afetiva, não demonstrando laços ou vínculos fortes pelos homens com os quais esteve envolvida. Menciona ter gostado de um companheiro.

Demonstrou solidão, impotência e fragilidade frente à realidade de estar com três crianças pequenas, refletindo: *“Como eu ia dar conta sozinha de tudo? De três crianças sozinha? Eu fiquei muito preocupada e aí fui ficando e fiquei doente”*.

Com o desequilíbrio ou a crise foi internada, mas no hospital continuou preocupada e pensando nos filhos.

Recordando as experiências de suas internações, emocionou-se ao falar dos eletrochoques aos quais foi submetida e do medo que sentia nessas ocasiões: *“Eles me amarravam, eu tomava muito choque, era triste, eles falavam que eu tava ruim da cabeça. Eu tinha medo que só!! Eu ficava tremendo de medo quando chegava na minha vez...”*

Continuando o relato, Joana deixou claro o quanto considera-se sobrevivente em meio a tudo: *“Tinha fila assim, era tudo assim, junto. Quando*

chegava na minha vez eu ia com aquele medo! É! Tinha gente que até morreu de choque! Eu graças à Deus vivi ó, tô aqui, sã e sadia, com saúde..."

Embora em alguns poucos momentos tenha mostrado-se conivente com o sistema psiquiátrico, refletiu fazendo críticas ao modelo de assistência nos hospitais, críticas de fatos passados e de fatos presentes. Nesses momentos, suas frases eram intercaladas por profundos silêncios.

Disse que viveu mais de vinte anos internada e acha que deveria ter uma outra forma de tratamento concluindo que, apesar dos vinte anos vividos no sistema, não conseguiu enlouquecer. Seguindo suas reflexões, ela fala da difícil convivência com o cotidiano do mundo externo após tantos anos de internação, o que propiciou-lhe um acostumar lento trazendo dificuldades no enfrentamento da realidade externa ao hospital:

"...Fiquei tanto tempo, que a gente acostuma! Acostumei tanto que quando tive problema lá na cidade, eu quis voltar! ... Deveria ter um outro jeito da gente não acostumar assim no hospital!"

Entretanto, Joana mostra ter introjetado fortemente o fato de pertencer ao grupo de doentes mentais ou ao grupo de pessoas que vivem ou já viveram em hospitais psiquiátricos.

Nas várias identificações, trouxe experiências significativas em sua vida de internação, como o pássaro bonito preso na gaiola e sua permanência no quarto forte.

Sua concepção de sofrer é falta, choro, solidão, mágoa de fatos ocorridos, ausência de liberdade de escolha incluindo os homens encontrados pelo caminho e concluiu: *“Eu acho que uma pessoa que sofre fica com o rosto muito acabado!... Às vezes eu posso sofrer, às vezes assim o meu sofrimento não é muito né? Mas o meu rosto não é muito acabado... mas eu acho que pode também estar sofrendo por dentro e não estar mostrando no rosto... É isso, porque eu já sofri por dentro e não mostrei no rosto!!”*

Depois de muito olhar em silêncio o desenho feito, denominou-o “Joana sofrida dos passados”.

Iniciou sua história falando do pai e terminou-a contando ter sido estuprada por ele quando menina e pensa que talvez as coisas poderiam ter sido diferentes se este fato não tivesse ocorrido. Depois dele, foi mandada embora de casa (pela mãe) e aí andou pela vida, andou pelo mundo afora sofrendo faltas mágoas de coisas acontecidas e solidão.

Parece que a idéia da criança sem roupas envolvida pelo paletó do pai adotivo permaneceu e permanece em sua vida; história de quem não teve suporte familiar, de quem teve dificuldades para “andar”, de quem teve os filhos criados pelos outros e que hoje fica feliz ao ver que estes aprenderam o seu caminhar.

De novo, como estive no início da vida adulta, Joana está sem casa. Hoje, acha que sofre porque está distante do lar, do namorado; valoriza poder viver fora do hospital (embora sua casa seja a Pensão Protegida); valoriza

ter liberdade de possuir vontade própria e reflete: *“Mas eu tenho que aprender sabe? Eu tenho que deixar de fazer como paciente agitado. Eu tenho que aprender a enfrentar as coisas é assim...”*

“A Raquel está Encolhida, o Corpo Todo”

Conheci Luíza no pátio da Ala de Geriatria Feminina, rodeada por outros pacientes (também de outras Alas), homens e mulheres que conversavam entre si. Era período da tarde, após o almoço, e essa reunião aparentava um encontro onde se esperava o tempo passar até o jantar.

Ela ocupava uma cadeira de rodas, tinha aparência frágil, emagrecida, apresentava os pés entortados, as mãos levemente contorcidas (o que levava a pensar num processo de artrose reumática), usava colares, brincos, batom nos lábios e segurava uma bolsa.

Após conversar alguns minutos com o grupo, aproximei-me de Luíza. Eu estava acompanhada por uma enfermeira que a conhece há muitos anos e dessa forma, iniciamos nosso contato.

Ela contava fatos ocorridos em sua vida, citava pessoas, datas importantes, referiu-se com ênfase a seu processo de envelhecer; perguntou se nós a achávamos conservada. Disse que estava na cadeira de rodas porque tinha muitos pecados, sendo assim, Deus a castigou. Dias após este encontro, retornei à Ala e presenciei outra reunião parecida com aquela vista anteriormente. Embora eu falasse com os outros pacientes, detive maior tempo com Luíza. Neste período, ela contou de suas esporádicas idas à fisioterapia num serviço pertencente ao Sistema Único de Saúde, situado no centro da cidade. Deu

nomes de profissionais que trabalham neste local, relatou as fortes dores que sentia nas pernas, que não tinha mais esperança de andar, e voltou a falar do envelhecimento, sempre perguntando se eu a achava velha, feia e magra.

Notei que transparecia emoção em suas palavras ao relatar o quanto percebia-se atrofiando lentamente, presa à uma cadeira de rodas.

Esses encontros aconteceram por três tardes onde ela repetia os mesmos assuntos apenas acrescentando o fato de que no terceiro encontro, abriu a bolsa que trazia presa ao braço, mostrou-me objetos pessoais como: sabonete, batom, livro, pente, lenço e uma bonequinha. Disse-me que preferia ter estes pertences na bolsa porque se deixasse no quarto, poderia ser roubada.

Nesse dia, convidei-a para participar deste trabalho. Após ela ter ouvido os objetivos e ter aceito, iniciou a narrativa de sua história, falando de choro, de arrependimento, de inquietações e que estes sentimentos vêm de lembranças do passado.

Contou a relação incestuosa com o pai. Isto parece ter determinado sua história de vida, história de uma criança violentada aos dez anos e que sofreu pela ausência de um suporte familiar. Após a morte da mãe, o núcleo da família dividiu-se e ela iniciou um ir e vir constante pelas casas das pessoas (parentes) sem vínculos afetivos tão importantes: *“... Nessa época eu não tinha para onde ir... minha mãe tinha morrido... Eu era pequena”*.

Ao referir-se à relação sexual com o pai e outros homens (sempre homens casados) passava a idéia de ter sido molestada por eles, falava de

vergonha, de arrependimento, de falta de juízo, perguntava pelo perdão de Deus. Disse que rezava e chorava: *“... Eu peço para Deus me perdoar e perdoar meu pai que já morreu”*.

Luíza falou de seu sofrer com certa temporalidade. O sofrimento de antes foi marcado pela morte da mãe, pela relação incestuosa com o pai, pela abordagem de outros homens, pela inadaptação com os parentes: *“... Ele me derrubava no meio do mato e eu corria dele e gritava - Não me pega não pai, eu quero sumir daqui para bem longe, não quero ficar com você não. Eu fui muito judiada, ele fez isso para mim e falou que enquanto eu não ficasse grávida mesmo, ele não largava eu... Meu pai, meu sangue!”*.

Atribuiu a essas vivências difíceis, o caminho para a internação psiquiátrica. *“Eu fui muito judiada, acho que foi isso que deixou eu nervosa e precisei ser internada”*.

Depois seguindo a temporalidade de seu sofrer, deparou-se com a internação e, nela vivenciou os eletrochoques utilizados como punição, o descaso dos profissionais de saúde ou o descaso dos outros com sua dor:

“...Tem dó de mim gente, pelo amor de Deus! ...Eu tomei muito eletrochoque... Antigamente era duro, eu sofria demais... quando eu pedia mais frango para Angela, ela mandava eu tomar eletrochoque... Aí qualquer coisa eles falavam: – “Leva a Luíza Silva Flores para tomar eletrochoque!”... eu demorava a voltar. Era assim eu sofria”.

Ao ouvi-la sobre sua experiência de ter sido submetida ao eletrochoque porque jogou um prato para cima no refeitório, associei às brigas que teve anteriormente com a tia; disse que nessa ocasião, jogou panelas pelo chão, gritou muito e isso resultou em internação. Ela provocava punição?

O sentimento de culpa foi constante em seu relato, assim como a negação da sexualidade: *“... Eu não tinha juízo. Alice, deixei fazer coisa que não deve, errada. Eu arrependo. Eu gostaria de ser virgem até hoje. Às vezes eu tinha parado de sofrer...”*

Agora, os seus ossos entortam-se, provocam um encolhimento gradativo do corpo e ela atribui isso ao pagamento pelos erros cometidos: *“...Olha o meu osso do jeito que tá, eu acho que eu tenho os pecado grande nas costas, por isso que eu sofro tanto, sempre fui judiada, eu vi muita coisa”.*

Embora tenha quarenta e nove anos de internação psiquiátrica, com breves períodos de vida fora do manicômio nestes longos anos, Luíza tem muita precisão nas datas que cita. Ouvindo-a falar, percebe-se a necessidade em recordar as datas importantes como se isso a ajudasse a manter contato com o mundo externo e mostrasse que não é louca: *“Eu penso que a minha cabeça tá boa, que eu não sou louca da idéia. Tem gente que tá pior, porque não sabe o que está falando...”*

Negando o abandono sentido, justificou a ausência do único irmão dizendo ter sentido vontade de ir morar com ele; como não foi possível, já se conformou e conclui: *“Ele veio duas vezes, não vem mais porque mora muito*

longe daqui e mudou o horário né? O horário de verão, eu acho que ele está esperando mudar de novo o horário”.

Na sua trajetória, lamentar-se, gemer, gritar, chorar, são formas importantes de dizer “estou viva”. Numa situação vivida na internação conta:

“... mas eu chorei e gritei até quando me prenderam no quarto forte... Eu também tinha idéia boa, mas eu chorava e gritava até hoje, eu grito e choro quando brigam comigo”.

Expressando através do choro a suas insatisfações com as experiências vividas, Luíza vai utilizando de mecanismos defensivos e metaforicamente diz: *“... chorar pelo leite derramado não adianta nada, já derramou mesmo, não tem jeito de por na vasilha outra vez”.* Após pequena pausa concluiu: *“E é assim a vida da gente”*

Culpar-se e encolher-se permeia a trajetória de sua vida da infância até os dias atuais e hoje o encolhimento é também físico.

No local onde está (geriatria do hospital psiquiátrico), ela vê muitos espelhos nas companheiras do setor, vai identificando-se e projetando-se:

“...a Raquel está encolhida o corpo todo; a mão, as pernas, tudo, mas ela ainda chama os funcionários... direitinho ... ela está mais pior que eu e a Gilda também porque ela não enxerga mais, não geme e não chora”.

“Indigente Disfarçada de Ativa e de Boba”

Conheci Rosa, no setor do hospital denominado Ala de Agudos Feminina; um local sombrio, com quarenta leitos, com grades e com chaves nas portas.

Em meio aos gritos característicos do lugar, das agitações, dos choros, das lamentações, dos apelos, das indagações vindas de diversas pacientes quase que simultaneamente, notei que ela transitava pelo corredor central, olhando-me com um olhar curioso e seguindo a pequena comitiva a certa distância.

Eu estava acompanhada pela enfermeira e por uma técnica do setor. No momento em que as duas profissionais foram solicitadas no posto de enfermagem, Rosa aproximou-se e iniciamos nossa conversa. Ela falava de um jeito infantilizado, me chamava de tia, parou num canto da parede, ficou de cócoras e num tom de voz baixo, cantou uma canção popular antiga. Depois fomos até o salão onde havia alguns desenhos feitos por pacientes e ela mostrou-me o de sua autoria. Disse que gostava de desenhar, de fumar, de cantar, que sentia saudade de casa e que queria ir embora.

Perguntei-lhe há quanto tempo estava ali. Ela respondeu que na sua conta, há mais de um mês, mas que sempre retornava à casa e depois ao hospital.

Contou ter quarenta anos. Observei que embora tivesse aparência descuidada, sem dentes, emagrecida, aparentava ter menos idade. Seu corpo era pequeno, de estatura média, pele clara, cabelos escuros, olhar triste, mas atento ao ambiente; mexia com os dedos das mãos e dizia ter uma vontade enorme de fumar sempre, sem parar.

Permaneci ali no setor por mais um tempo, fui abordada e conversei com outras pacientes. Estive no Posto de Enfermagem, falei rapidamente com os profissionais que estavam no local e quando solicitei que abrissem a porta de saída, Rosa surgiu não sei de onde; talvez estivesse por ali me observando de longe. Fomos até à porta, nos despedimos e eu disse que voltaria nos próximos dias.

A enfermeira que também acompanhou-me, comentou que ela estava em crise e que sua medicação havia mudado.

Saí do hospital pensando nesse encontro e em seus diversos significados: a clausura, a restrição, o confinamento e o sombreamento... os tantos Pavilhões de Agudos dos Hospitais Psiquiátricos.

Voltei ao local dois dias depois e, ao entrar, fui abordada por pacientes, mas não vi Rosa; perguntei por ela, fui ao seu encontro e convidei-a para participar deste trabalho.

As entrevistas foram realizadas em uma sala privada da Unidade. Ao nos dirigirmos à este local, percebi satisfação em seu rosto, ela riu muito ao ver que eu tinha a chave daquela porta.

Entramos na sala. Ela mostrou-se inquieta e com dificuldade em permanecer parada esfregava continuamente as mãos. Em seguida, foi mudando o comportamento: sentou-se, ouviu-me e pediu para que iniciasse com perguntas. Naquele momento, ela já não falava com voz infantil.

Iniciou então, contando da família. Disse que gostava de todos em casa, que são pobres e estão desempregados.

Perguntou-me: *“Pode cantar?”* Então cantou uma música falando de criança, de esperança, de amor e de abandono:

*“Eu sou rebelde porque o mundo quis assim,
as pessoas me deixaram sem amor,
universo tão bom...
Eu queria ser como uma criança,
cheia de esperança e amor...”*

Usou jogos de palavras, mostrando humor tentando descontração dizendo que mostrar a tristeza faz dobrar a dor.

Falou com dificuldade e emoção da morte do pai, mencionando apenas o nome do cemitério: *“Ele está no Bom Pastor”*

Num momento de seu relato entendi como um pedido para que o meu olhar, a minha escuta e a minha compreensão fossem além do gravador: *“...a gente não consegue falar toda verdade... Identificar toda a verdade, o gravador está ligado está certo, mas eu quero que além dele tenha a imaginação da senhora”.*

Disse sentir faltas: de um homem, da família, de liberdade. Junto às faltas sentidas, falou de água com muita ênfase, com conotação de energia

necessária para movê-la, não sucumbir e resistir: *“sem ela não pode viver”, “sem ela acabou tudo”, não pode nada sem água*”. Fez desenhos e denominou-os *“Deus da água viva”, “natural mas muito sem água e alegria”*.

Contou que gosta de crianças, mais do que de adultos e acha que a criança tem mais chance de obter respeito dos adultos.

Atribuiu a primeira internação ao fato de ter feito *“extravagâncias”* ou seja, saiu falando pela rua.

Sentiu-se ajudada e iluminada pela Igreja Universal com a promessa de cura, mas como a tentativa não deu certo, conformou-se com as idas e as vindas das internações e das altas hospitalares.

Quando perguntei sobre os cuidados com o pequeno nódulo que apresentava na axila, voltou a sugerir a idéia de respeito dado à criança, parecido com a insinuação do seu desejo de ser compreendida além do gravador, sugerindo também uma crítica velada à assistência recebida: *“... elas não contam o que tá acontecendo comigo... eles aqui não têm tanta paciência com nós né, aí o paciente, já é paciente conta mais coisa, faz mais coisa para ficar impaciente ainda...”*

Identificou-se com o indigente que, segundo ela, é aquele que está no mundo, solto e *“ninguém consegue decifrar, saber quem é”*.

Enquanto Rosa deseja que decifrem seus disfarces, ela vai correspondendo aos rótulos adquiridos: dentro do hospital é paciente agitada; fora, é considerada boba pela família: *“Sou disfarçada de ativa e de boba”*.

Numa tarde de intenso calor, ela circulava pelas dependências da unidade, envolvida por panos na cabeça, no pescoço, no corpo. Ao entrarmos na sala de entrevista, rapidamente foi tirando os panos (o seu disfarce), como se não precisasse deles, alegou que fazia muito calor e que usava aquilo para ser diferente.

Contou que naquela manhã esteve no “quarto que amarra” dizendo: *“quando me amarra na cama é que dói sabe?”*

Tem como concepção de dor, a tristeza que sente e tenta explicar fazendo a imagem e o gesto *“é um fiozinho que vai saindo do coração”*, disse que não chora quando se sente assim, que prefere cantar e ser alegre.

Com a aproximação da alta hospitalar, mostrou esperança de sair, de conseguir viver lá fora. Faz planos, mas lembra que sua vida é para lá e para cá como previsão de cumprimento da sina de ser doente mental, de ser tutelada pelo Sistema Psiquiátrico, pela família, pela sociedade, embora tenha esperanças de conseguir sobreviver sem a fantasia que denomina: *“Disfarçada de ativa e de boba”*.

“Tem uma que internou aqui tadinha faz sete anos que ela tá aqui e sem visita tadinha!”

Encontrei várias vezes Selma circulando pelas dependências internas do hospital que ocupam uma grande área de extensão, jardins, com árvores, pássaros e muitos caminhos que dão acesso aos pavilhões.

O período de frequência e realização das entrevistas, foi de verão intenso com altas temperaturas, fato que contribui para certa indolência nos horários de maior calor.

Olhando Selma, observava que apesar do rosto suado, aparentava disposição, estava sempre bem arrumada, com vestido limpo e passado, maquiada sem exagero, usava colares, brincos, como se fosse para um compromisso importante. Cumprimentava sorrindo, sugerindo pressa em dirigir-se ao seu destino.

Por algumas vezes, a vi dessa forma. Assim, fomos nos aproximando gradativamente até que um dia, perguntei onde ia e ela respondeu-me que se dirigia ao trabalho e que seu horário de entrada era ao meio-dia e meia.

Falou um pouco do mesmo. Era ajudante da assistente social da unidade feminina de pacientes agudos. Suas atividades consistiam em levar e buscar papéis do SAME (Serviço de Arquivo e Registro) para o setor, ajudar uma

ou outra paciente, enfim, auxiliar a assistente social das doze e trinta às dezesseis horas.

No período que freqüentei esta unidade, vi que ela cumpria rigorosamente o horário, principalmente o de entrada, desempenhando com seriedade as funções.

Percebia muita solidariedade no seu trato com as pacientes que apresentavam comportamentos diversos como agitações, choros, tentativas de fuga daquele espaço, gritos. Ela demonstrava paciência, entendimento, às vezes olhava sem intervir ou aproximava-se em silêncio, tocava ou dizia alguma coisa à paciente que apresentava tais comportamentos, como se compreendesse estas atitudes.

Mais tarde, soube que ela esteve internada ali por muito tempo.

Nossos contatos foram intensificados com minha presença mais constante naquele local, e assim numa tarde encontrando-a no jardim próximo à unidade feminina de agudos, convidei-a para participar deste trabalho.

Selma tem quarenta anos embora aparenta ter mais, de família pobre residente no Estado do Paraná. O núcleo familiar era composto de pai, mãe e quatro irmãos.

Viveu no mesmo local até os quinze anos, quando fugiu de casa para viver com o namorado, passando a morar no interior de São Paulo. Contou ter sido feliz com ele, tiveram quatro filhos e iniciou tratamento psiquiátrico quando teve o segundo filho.

O marido foi assassinado logo após o casal ter tido o quarto filho e segundo ela, “não suportou a triste passagem e a triste paisagem”

Foi internada pela primeira vez em Americana e, dessa época em diante, teve sucessivas internações, fugas e altas hospitalares.

Não teve mais contato com os filhos. Os mesmos foram adotados por uma tia; perdeu a mãe e mais tarde o pai. Quase não tem contato com os irmãos e segundo ela, estes moram longe e são pobres. Numa de suas altas hospitalares, procurou-os mas não conseguiu retornar ao convívio da família. Hoje mora na Vila e divide uma casa com mais três pacientes.

Quando fiz a colocação sobre o que seria a entrevista, percebi que a expressão do rosto de Selma modificava-se. Ela realmente parecia muito triste e cansada ao refletir a própria vida; falou sobre o abandono e o desalento com o qual conviveu e ainda convive.

Ao contar sobre a morte da mãe, aproximou-se e me disse bem de perto: “*Não precisa chorar não, você tá chorando?*”

Atribuiu a morte da mãe ao derrame (Acidente Vascular Cerebral) sofrido por desgosto dizendo: “... *ela morreu mais por desgosto... ela morreu de derrame, foi derrame que deu nela. É porque o desgosto vai desgostando o coração, aí foi desgostando, fica triste...*”.

Sua passividade parece ter delineado as atitudes e sentimentos junto às experiências, provocando nela, dificuldade em se dar.

Isso apareceu em vários momentos como quando disse ter sido feliz em sua união, mas não mencionou ter amado o companheiro; falou da relação com a mãe, mas não demonstrou vínculos fortes de afeto; contou dos filhos, mas pensa que foram os outros quem deram carinho aos mesmos: “... *eles não mamaram em mim*”.

Selma evidenciou a importância e a atuação do outro, idéia de que sempre foi o outro quem fez. Ela não é má, é vítima, é passiva.

Atribuiu sua doença à morte do marido dizendo: “*Aí eu peguei e fiquei doente*”.

Com esta narrativa, penso que ela sai da passividade demonstrada até então e tenta à sua maneira, um ensaio de autonomia.

Parece que em sua trajetória, Selma tentou sempre penalizar o(s) outro(s) na tentativa de suprir as faltas que sente de amor, de atenção, de vínculos, de afeto. Mesmo nos vínculos que cria, o sentimento de abandono a acompanha. Isto apareceu quando nos reencontramos, após uma semana que estive ausente. “... *you é que demorou*”.

Desenhou e falou de um macaquinho que vai à feira comer bananas. Quanto de bananas esse macaquinho precisa? Quanto de carinho, de atenção, de calor, de energia? É difícil ser macaquinho? Determinar os caminhos, pular, ser livre, viver?

Percebe-se que em toda a sua narrativa, a concepção de sofrimento consiste na falta e no abandono.

Considerou o quarto forte o seu primeiro sofrimento no hospital:

“Era difícil ficar lá, era escuro, muito! Eu fiquei dois dias e uma noite sozinha! Sem ninguém! Eu fiquei no quarto forte porque eu fazia arte!”

Nesse momento, perguntei-me então, o que seriam essas artes: desejo de ser macaquinho? auto-punição? ensaios de autonomia?

Numa forma de sobrevivência ela vai utilizando mecanismos defensivos; vai introjetando a ausência sentida, ao abandono presente no manicômio, vai projetando e identificando-se com as pacientes que ainda perguntam e esperam pela mãe, pela família: *“... faz sete anos que ela tá aqui e sem visita tadinha! Não sara, ela ainda pergunta pela mãe, pergunta se a mãe não vem buscar ela!”*

Lembrou que hoje sua vida está melhor. Hoje ela já passou da fase de chorar por “coisas perdidas” e considera: *“Essa fase demorou para sarar”*.

Conformou-se, consolou-se e “neste consolo” tenta apegar-se ao trabalho com a Olga (assistente social), a manter o que conquistou dentro da Instituição, ou seja: morar na Vila, mesmo que esta seja nas dependências internas do Hospital Psiquiátrico, não usar uniforme de paciente, poder circular pelos espaços internos do hospital.

Penso que hoje ela encontrou formas de sobrevivência. Algumas vezes saiu da passividade, demonstrou suas vontades porém adaptou-se ao sistema já que voltou para o tão conhecido manicômio e diz: *“É eu acostumei aqui. Eu não queria ficar aqui, agora eu acostumei... Uma paciente alegre eu sei que nunca vou*

ser, agora eu melhorei muito depois que comecei a trabalhar aqui com a Olga... ela gosta de mim e eu também gosto dela. É isso, Alice hoje eu já sou mais conformada com as coisas...".

B- Um Olhar Sobre os Prontuários

Embora os dados de prontuário sejam poucos, eles são complementares para a interpretação e compreensão nas histórias dessas mulheres.

Joana

Joana hoje tem quarenta e oito anos de idade e foi internada no hospital em estudo, em 1985, removida do Hospital Franco da Rocha.

Embora constem poucas informações, encontra-se anexado em seu prontuário, um relatório da Secretaria da Saúde - Coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo, datado de 1982, indicando que a paciente também esteve internada em São Paulo. Entre as informações do referido relatório, há descrições de sinais e sintomas apresentados por Joana naquela ocasião como: irritabilidade, heteroagressividade, episódios de logorréia, traços anti-sociais de personalidade. O diagnóstico é descrito como: paciente Psico-Esquizofrênica, tipo Esquizo-afetiva.

Consta ainda nesse relatório que ela tem três filhos menores que usam fraldas e foram recolhidos pelo Juizado de Menores da capital e encaminhados à Febem, por ocasião de sua internação.

No relatório médico feito no Hospital Franco da Rocha em 1984, há confirmação do diagnóstico e acrescenta-se: abandono social e dependência institucional.

Observando o prontuário de Joana, percebe-se que as poucas informações sobre sua vida contidas na primeira ficha de internação psiquiátrica, são repetidas sem acréscimo de dados pregressos, pertencentes ao seu percurso de vida, além de não existir nenhum registro dela contando a própria história.

Na ficha de seguimento social, feita pela assistente social da unidade, datada de 1988, há citação de que a paciente não possui origem localizada. Nesse ano, houve a tentativa de aproximação de Joana com os filhos. Os mesmos, naquela ocasião, tinham dezessete, treze e doze anos. Eles encontravam-se internos na Febem na unidade de Batatais, cidade próxima à Ribeirão Preto.

Os contatos foram favorecidos entre a mãe e os filhos, de acordo com a conveniência das duas Instituições. Há referência de que quando Joana ia ao encontro dos filhos na Febem, o resultado não era positivo. Pelos relatos, o mesmo não acontecia quando os meninos iam visitá-la. Estes sofriam com as brincadeiras e os rechaços feitos pelos colegas, sempre relacionados ao fato da mãe viver num Hospital Psiquiátrico. Em virtude disso, somente os filhos é que

passaram a visitá-la duas à três vezes ao ano. Consta no relatório que Joana “entendeu” a situação e aceitou-a bem. O relacionamento entre ela e os filhos melhorou depois que a mesma mudou-se do Núcleo para a Vila e depois para a Pensão Protegida.

Em seu prontuário, há relatos de alguns episódios de namoro reprimido ou controlado pelo serviço de assistência psiquiátrica. Num deles, consta a seguinte anotação feita por um profissional de saúde: “... o comportamento sexual da paciente no momento encontra-se exacerbado. Qualquer comportamento que venha transgredir regulamentos poderá ser punido no sentido de retornar ao pavilhão caso não haja compreensão e limite na conduta. A equipe decide que namoro só é permitido se for companheirismo sem qualquer contato sexual”.

Luíza

Luíza foi internada no hospital em estudo, em 1949, aos dezessete anos. Constan em seu prontuário sete internações. Na primeira, permaneceu hospitalizada durante um ano; voltou para casa e assim viveu períodos fora deste local. Há referências de que num intervalo ela foi para o Hospital Franco da Rocha, posteriormente retornou ao Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto, e aqui teve subseqüentes internações, aumentando gradativamente o tempo de permanência no interior do manicômio.

No relatório do exame psiquiátrico, feito na primeira internação, há registros de informações colhidas junto ao primo que a levou até aquele local. Nestas constam que é filha de pai sífilítico, alcoólatra, e de mãe falecida por tuberculose. Consta que Luíza frequentou o primeiro grau com dificuldades nos estudos.

Segundo informações dadas pelo primo, ela sempre foi calma, retraída, não praticava atos imorais e indelicados e teve crise convulsiva, mas era a primeira vez que apresentava perturbações mentais graves. Consta que estava agitada, deprimida, agressiva, sem alucinações nem sensações estranhas, mas apresentava-se malcriada e preguiçosa.

Há ainda observações de um profissional de saúde dizendo que, a partir da internação, a paciente estava se comportando de maneira agradável,

boazinha, limpa e trabalhadora. Junto a estas observações consta que foi realizado Teste de Binet-Simon-Burt tendo como resultado: “Mocinha de dezesseis anos, com deficiência mental, filha de mãe oligofrênica com crises convulsivas”. Diagnóstico: Oligofrenia forma imbecilidade atenuada com crises convulsivas pregressas.

Nas reinternações existem fichas preenchidas e vale ressaltar que todas apresentam no exame mental, o mesmo quadro descrito na ocasião da primeira internação: “Entrou calma, atenta, respondendo bem às perguntas, orientada auto e alopsiquicamente, bem humorada, raciocínio pobre”. Observa-se que nas mesmas não existem novas informações, ao contrário, as fichas repetem copiosamente os informes colhidos em 1949 junto ao “Parente de terceiro grau”, como é referida a pessoa do primo.

Não há menção alguma quanto à história de vida contada pela própria paciente. Desta forma existe pouca referência à trajetória de Luíza antes de tornar-se paciente psiquiátrica. As informações restringem-se às suas condutas no interior do hospital com muitas referências à: medos, gritos, “crise de choro”, lamúrias, desespero, baixa-estima, insônia, desafeto, angústias e queixas de que não consegue ficar fechada.

Existem várias prescrições de tratamento utilizando eletrochoque e quarto-forte. Neste último, encontra-se a seguinte descrição de seu comportamento quando enviada para este local: “agitada, bate na porta, grita muito”.

Da metade da década de 60 para cá, as prescrições de eletrochoque e quarto-forte diminuíram e observa-se que o tratamento é mais voltado para a medicação, com muitas citações de que a paciente esteve impregnada. Estas informações sobre o estado de impregnação, foram colhidas nas evoluções de enfermagem.

Rosa

Rosa foi internada no hospital em estudo, em 1985 com 34 anos de idade. Dessa data até hoje teve cinco internações, sempre no mesmo local.

O exame mental feito na ocasião da primeira internação relata que a paciente apresentava-se calma, com afeto deprimido, sem delírios, respondendo pouco às perguntas feitas mas que ultimamente vinha andando pelas ruas. Não existem outras informações. Nesse exame o diagnóstico registrado foi de Esquizofrenia Paranóide.

No relatório feito na última internação, consta que Rosa tem se recusado a usar o medicamento Haldol, que estava agitada e heteroagressiva, com delírios e alucinações visuais. Justifica a internação, Heteroagressão e falência no tratamento ambulatorial.

Nos dados de antecedentes pessoais, consta que é filha de pai falecido de câncer, que a mãe é viva, e que é a nona de uma família de dez filhos, tendo uma irmã e um irmão com problemas mentais. Consta ainda que Rosa estudou até o terceiro ano primário e trabalhou como doméstica, desde os doze anos.

O relatório da última internação informa que ela chegou ao hospital recusando-se a fazer entrevista, dizendo estar triste, pedindo para tomar

banho. Segundo o irmão que a acompanhava, antes dava para tolerar mas ultimamente a paciente andava pela casa falando.

As anotações e evoluções referentes à conduta de Rosa no interior da Ala de Internação (Agudos Feminino), mencionam agitações, agressões e várias contenções. Os registros de prontuário também descrevem-na utilizando panos, toalhas ou lençóis sobre o corpo.

Há referência de que ela recebeu a visita do irmão há uma semana, mas que este encontrava-se alcoolizado.

Selma

Selma foi transferida para o hospital em estudo, em 1986, procedente da Clínica de Repouso de Americana, com diagnóstico de Epilepsia, Oligofrenia leve e história de Quadro Convulsional Pós-Parto.

No relatório proveniente da referida Clínica, consta que ela não tem família localizada, esteve em internação psiquiátrica anteriormente em Campinas e em Franco da Rocha, as duas cidades situadas no interior de São Paulo.

Existem poucos informes quanto aos antecedentes. Nos restritos dados, encontram-se algumas divergências como a citação de que Selma veio de Alagoas acompanhada pela avó, que teve um companheiro e com ele teve cinco filhos. Outra informação diz que ela teve dois filhos e que os mesmos foram encaminhados para um orfanato e não há nenhuma alusão ao companheiro.

Há um registro feito pela assistente social do Hospital de Ribeirão Preto, datado de 1988 no qual consta que Selma possui familiares no Paraná. Relata que foi tentada a reintegração com os mesmos, com resultado insatisfatório e sem mais esclarecimentos sobre o fato.

No espaço referente aos sinais e sintomas da ficha de entrada feita neste Hospital, constam Agitação Motora, Heteroagressividade, Deficiência Intelectual e, como justificativa de internação, abandono social, abandono familiar, dependência institucional e, a observação: asilada.

No prontuário, não existem registros nos quais Selma narrasse a própria trajetória.

Os informes mais recentes referem-se a sua integração à vida do Hospital Psiquiátrico como destaque ao fato dela ser colaboradora do Serviço Social, ajudar na arrumação das camas, ter tido um namorado e ter estado apreensiva (naquela época) quanto à possível gravidez e de ter saído, algumas vezes, acompanhada pela Assistente Social.

**CAPÍTULO IV - TEORIA DA REPRESENTAÇÕES SOCIAIS:
CONCEITOS E PRESSUPOSTOS**

TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: CONCEITOS E PRESSUPOSTOS

“As representações são resultado de um contínuo burburinho e um diálogo que é tanto interno quanto externo e durante o qual as representações individuais ecoam ou são complementares” (Moscovici).

Esta teoria foi delineada por MOSCOVICI partindo do conceito sociológico de “representações coletivas” elaborada por Durkheim e de uma pesquisa sobre as Representações Sociais dos franceses sobre Psicanálise, publicada em 1961.

A proposta de MOSCOVICI vem se contrapor ao conceito anterior, restrito aos aspectos sociológicos e passa então, a considerar igualmente os aspectos psicológicos preenchendo uma lacuna na ciência moderna. A teoria das Representações Sociais através de uma ótica psicossocial, possibilita maior compreensão e o reconhecimento do ser humano em sua complexidade.

Segundo MOSCOVICI (1978), as Representações Sociais são “entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro em nosso universo cotidiano”. São construídas de conceitos, afirmações, explicações presentes no meio social. A contínua interação entre o indivíduo, a sociedade e a dinâmica dessa interação, constituem um sistema de pensamentos e relações nos grupos sociais e entende que, “o ato de representar não deve ser encarado como processo passivo, reflexo na consciência de um objeto ou conjunto de idéias, mas como processo ativo, uma

reconstrução do dado em um contexto de valores, de reações, de regras e de associações” (MOSCOVICI, 1978).

Para o autor, os conceitos, as explicações deste meio social, são consideradas “teorias” do senso comum, estas são internalizadas e organizam a realidade. São ciências coletivas “sui generis”, através das quais procede-se a interpretação, a elaboração e a construção do real.

JODELET (1984), seguidora do trabalho de MOSCOVICI, considera que a noção de Representações Sociais, enquanto fenômeno, apresenta-se de formas diferentes, mais ou menos complexas. Para ela, as Representações Sociais são “imagens que permitem interpretar o que acontece conosco e até dar um sentido ao inesperado; são categorias que servem para classificar as circunstâncias, os fenômenos e os indivíduos com os quais nos relacionamos; são teorias que permitem estabelecer opiniões sobre estas e, quando as entendemos, na realidade concreta da vida social, formam uma totalidade”.

Para JODELET (1984; 1989), as Representações Sociais constituem uma maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana situando-nos na interface entre o social e o psicológico sendo, uma forma de conhecimento elaborado e compartilhado.

JODELET (1984) reitera o pensamento de MOSCOVICI (1978) de que toda representação social é representação de alguma coisa, é representação de algo e de alguém. Constitui o processo pelo qual se estabelecem suas

relações, ou seja, no fundo de toda representação há uma relação com o mundo e com as coisas.

Na elaboração do funcionamento da teoria das Representações Sociais, MOSCOVICI (1978) fala de uma estrutura de dupla natureza, isto é, conceitual e figurativa. Esta atribuição foi retomada por JODELET (1984), destacando a presença do fator social em todo o processo de elaboração e construção das Representações Sociais. Neste distinguem-se duas fases: a objetivação e a ancoragem.

Na objetivação, as noções, idéias, imagens ou figuras são materializadas, ou seja, transformadas em conceitos concretos o que antes era abstrato. Consiste numa “operação imaginante e estruturante pela qual se dá uma forma ou figura específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando concreto, quase tangível o conceito abstrato, materializando a palavra” (JODELET, 1984).

Para MOSCOVICI (1984) objetivar é “descobrir a qualidade icônica de uma idéia é reproduzir um conceito em uma imagem”. Este processo, culmina na formação de um núcleo figurativo, isto é, um complexo de imagens que reproduz um complexo de idéias. Por exemplo: as opiniões que as pacientes trazem de que o louco não consegue coordenar os pensamentos.

Na ancoragem acontece o enraizamento da Representação Social; como o próprio nome indica há uma ancoragem social da representação e de

seu objeto. O enraizamento social dá-se em meio à uma “rede de significados”, plena de valores e estes são articulados segundo a cultura.

Para JODELET (1984), a ancoragem consiste na integração cognitiva do objeto representado; sejam idéias, acontecimentos, pessoas ou relações a um sistema de pensamento social preexistente e nas transformações que dele decorrem. Ou seja, o que circula no cotidiano de vida das pessoas tem uma forma, uma imagem que precisa ser alcançada por quem quer compreender a conduta das mesmas. Por outro lado e, ao mesmo tempo inerente a cada ato da conduta humana é a rede de significados que determina o seu enraizamento social. Por exemplo: a tradicional forma de tratamento das perturbações mentais é ancorada no modelo organicista.

Desta forma, os processos de objetivação e ancoragem engendram-se de modo que suas relações criam em uma representação, um núcleo figurativo, um sistema de interpretação da realidade e de orientação dos comportamentos.

As Representações Sociais vem sendo estudadas por diferentes áreas, constituindo-se num campo transdisciplinar.

Nesta perspectiva, diversos enfoques epistemológicos têm contribuído para a ampliação de seu conhecimento, facilitando o que SPINK (1994) chama de “diálogo entre disciplinas afins”.

KAËS (1994) em seu estudo “Psychanalyse et Représentation Sociale”, busca pontos de intersecção entre representação social e a psicanálise e

demonstra ser possível tal abordagem. Este autor recorre à noção de representação entendida na teoria de Freud. Esta concepção compreende três principais dimensões, isso é: 1) a representação resulta de um conteúdo de um processo da atividade do pensamento; 2) a representação é resultado de uma imagem visual, figurada de um objeto ou da representação de um sujeito a um outro sujeito, como numa encenação de teatro; 3) representação significa designar a um elemento de um grupo, o poder de escolha pelo outro. Desta forma, o conceito de representante-representação, por analogia com o campo político, entende-se que ao representante é dado o direito de representar seus eleitores.

Segundo KAËS (1994), a articulação do universo psíquico possibilita a elaboração simbólica do núcleo inconsciente da representação, através da comunicação entre os membros de uma sociedade. Para o autor, nas Representações Sociais estão contidas a intersubjetividade de fenômenos psicossociais e a dimensão inconsciente.

Deste modo, a perspectiva psicanalítica pode propiciar a emergência de aspectos afetivos das Representações Sociais, visão esta, também enfatizada por SPINK (1994).

No Brasil, AIELLO-VAISBERG (1995), vem estudando as Representações Sociais, numa ótica psicodinâmica; fundamenta-se na investigação do relacionamento objetal, das angústias, das técnicas defensivas e da elaboração imaginativa. Para esta autora, estes fatores determinam a

constituição, elaboração, manutenção e ou transformação das Representações Sociais.

AIELLO-VAISBERG (1995) lembra que nos estudos de MOSCOVICI (1978) encontramos implicitamente o enfoque psicodinâmico, na medida em que este considera que uma das funções das Representações Sociais é tornar o desconhecido familiar, na tentativa de diminuição da angústia existencial característica da condição humana.

A relação entre a elaboração das Representações Sociais e o domínio de angústias, faz parte da investigação proposta por AIELLO-VAISBERG (1995), onde considera que todo o pensamento se origina na tentativa humana de organizar a experiência emocional, ou seja, o pensamento propicia a diminuição da angústia para posteriormente haver o intercâmbio com a realidade externa através da obtenção de informações.

Assim, a perspectiva psicodinâmica para a compreensão das Representações Sociais é instrumento eficiente, pois propicia o conhecimento que transcende a dimensão cognitiva das representações, focalizando seu substrato afetivo-emocional, tributário do processo primário (AIELLO-VAISBERG, 1995).

MACHADO (1995) também utiliza as Representações Sociais do ponto de vista psicodinâmico. Supõe que as mesmas estão permeadas por imagens e fantasias inconscientes, e busca numa abordagem clínica de acompanhamento das narrativas e conteúdos manifestos pelos sujeitos, chegar ao

significado latente das representações. Estas, entendidas como pautas de conduta pré-consciente ou inconsciente, continuam presentes no imaginário social e individual, resultando em atuações no mundo externo.

Embasada nas Representações Sociais, procurei uma postura aberta e flexível frente à pessoa entrevistada, deixando emergir seus conteúdos e utilizei autores de formação psicanalítica para melhor compreender meu posicionamento, a manifestação dos sujeitos e para olhar o conteúdo emergente dos dados.

Representações Sociais de Loucura e ou Doença Mental

O modo de adoecer e a etiologia aparecem com características próprias em cada paciente.

Rosa disse ter ficado “ruim da cabeça”. Sendo assim, tem “idéias extravagantes”. À partir daí, passou a fazer extravagâncias que lembram extravasar, estar dispersa, solta, poder divagar, desvairar, variar, extraviar-se, atrapalhar-se sair dos limites. É dessa forma que ela se apresenta, com um modo original, excêntrico, singular e assim procura corresponder à loucura que lhe é imposta: “...eu tô disfarçada hoje... Eu sou eu mesma... Sou disfarçada de ativa e de boba... eu gosto de ser alegre, feliz, por isso eu disfarço assim... eu fico diferente”.

Embora tenha se referido à tentativa de tratamento na Igreja Universal, e segundo ela, quase que obteve a cura, percebe-se que nessa ocasião sentiu-se acolhida, apoiada, cuidada, compreendida, abençoada e iluminada: *“Cada um que tá aqui é um santo que entra”*.

A “iluminação” lhe permite ser extravagante, vagar, divagar, usar disfarces, fugir da realidade, sentir-se diferente, fazer projetos, ter esperanças de obter coisas simples, cotidianas que fazem parte da vida das pessoas: *“... ter liberdade de falar o que quer, de cantar, de ter alegria, de não ficar assim internada... Eu tenho esperança de ser alegre, de trabalhar, viver perto da minha mãe, de pôr os dentes, comprar umas roupinhas, andar bem arrumadinha, quero me arrumar direitinho.. mais tem que ter fé, esperança e verdade para não morrer”*.

Entretanto, sabe que isto é temporário “alguém” “a pega” e a leva de volta ao já conhecido Hospital Psiquiátrico.

Para Selma, a doença mental veio em decorrência de um grande sofrimento psíquico que, tendo sido insuportável, só lhe restou adoecer: *“... eu quebrei a dieta... ele morreu matado e aí eu peguei e fiquei doente”*.

O acontecimento determinou sua doença ou o agravamento dela. Assim, passou a considerar que “não estava muito bem da cabeça” .

Mas não se considera louca pois fala, sente e pensa. Acredita que sua doença veio em decorrência da “triste passagem e da triste paisagem” que viveu. Para ela, louca é a paciente que diz ser “piradinha” e que não fala coisa com coisa.

Sua doença manifestou-se através do choro, do sentimento de solidão, do isolamento, do lamento e ela atribui os fatos tristes que aconteceram em sua vida, ao sobrenatural, “à coisa feita”, “à coisa mandada”: *“É coisa feita porque eu era uma menina muito alegre, muito contente, eu conversava com os outros, depois de tudo o que me aconteceu e eu vim parar aqui, eu fiquei tão nervosa, tão revoltada...”*

Já internada, ela passou a sofrer influência do sobrenatural, “do encosto”: *“Ah! É encosto, por exemplo: conversar sozinha é coisa do outro mundo, coisa do outro mundo, espírito mau que fazia eu conversar sozinha”.*

Neste relato de alucinação, ela evidencia a representação de que estava doente, mas nem tanto; de que ouvia vozes, mas não via; sofria influências do encosto, do espírito mau, mas comenta que não ficava tomada, ou seja, a loucura não era total.

Para Luíza, os acontecimentos ocorridos na vida de infância, determinaram sua doença. A perda da mãe, o estupro e a relação incestuosa com o pai, o relacionamento com outros homens ainda na infância e adolescência, a ausência de vínculos familiares, a deixaram nervosa e, daí, o desenvolvimento da doença mental: *“Eu fui muito judiada... acho que isso que deixou eu nervosa e precisei ser internada, fiquei doente mental... A gente ficou traumatizada, fiquei traumatizada muito...”*

Pensou demais nessas experiências vividas, sofreu ausência de registros bons na memória. Pensar muito, ter pensamentos excessivos sobre

alguma coisa, também é representado como determinante na doença do primo, que ficou “atrapalhado da cabeça de tanto estudar matemática”.

Ela não é louca. No seu ponto de vista, os sofrimentos a deixaram nervosa, o poder dos “agentes agressores” a traumatizaram e ela foi ficando com a idéia de ser pequena, culpada, encolhida: *“Eu penso que minha cabeça tá boa, que não sou louca da idéia...Eu sou parálitica, mas minha cabeça é boa”*.

Para Joana, pensar demais também foi determinante para sua doença, embora esse pensar tivesse características diferentes. Luíza pensava no passado, nos fatos ocorridos, no viver o sabor amargo dos mesmos. Joana além desse determinante distante vivenciava e sentia o presente, temia o futuro e preocupava-se em demasia: *“... aí eu fiquei doente, pensei muito, fui ficando e fiquei doente... fiquei doente de tanto pensar, como eu ia dar conta sozinha de tudo? Era tudo pequenininho, fui ficando e fiquei doente... fui ficando muito preocupada, pensando muito, demais”*.

Entre as pacientes ouvidas, Joana é a que se considera menos louca. Sua primeira alusão à doença, aparece como sujeito indeterminado: *“eles falavam que eu tava ruim da cabeça”*.

As concepções etiológicas segundo as pacientes ouvidas, trazem expressões de sofrimentos psíquicos vividos nas trajetórias destas vidas.

As pacientes não reconheceram-se ou pronunciaram-se loucas. Cada uma referiu-se estados diferentes: estar doente mental, estar ruim da cabeça, ser extravagante, estar doente da cabeça e todas mencionaram e

ênfatazaram a capacidade do exercício de pensamento. Para os sujeitos, só louco não consegue elaborar os pensamentos enquanto o que doente mental não perdeu essa capacidade.

Representações Sociais de Internação

As Representações Sociais identificadas acerca da internação psiquiátrica estão entrelaçadas às experiências pessoais de cada sujeito.

Entretanto, existe uma representação central em todas as narrativas: a idéia de que a internação é reclusão e segregação.

Rosa tem uma idéia de ser incômoda, de estar incomodando à família, às pessoas, aos outros de maneira geral: *“... eles não tavam contentes comigo... eles queriam eu sempre doente, sempre na cama... às vezes fazendo coisas, extravagâncias prá eles internarem eu né? ... eu tava pedindo muita esmola..... tava dando mau exemplo... eles se revoltaram comigo e me internaram...”*

O fato de ter estado nervosa nas situações de internação, aparece com freqüência como se fosse uma justificativa: *“... perdi os dentes e pois dentadura..... um dia eu tava nervosa tirei e quebrei as duas mas eu tava nervosa eu até fui internada nessa vez!”*

Parece que ela vai correspondendo às expectativas que a levam sempre a novas internações. Ela se acha extravagante, a família a tem como boba e para o serviço de saúde ela é agitada (ativa).

Rosa demonstra saber-se dentro da “carreira psiquiátrica”. Fala disso com desenvoltura, como sina ou destino, embora demonstre desejo de não estar internada: *“lh! aí começou prá lá e prá cá, não parou mais... às vezes é a ambulância, às vezes é o ônibus, é assim... eu não queria ficar prá lá e prá cá de hospital, né”*

É como se o hospital funcionasse no papel de limite para o seu vagar e extravasar. *“eu não gosto de ficar embaixo de uma ordem muito séria.....”*.

Mesmo assim, ela faz reivindicações ou tentativas de recuperar a liberdade externa ao hospital, a liberdade de expressão dos desejos: *“só mulher aqui dentro a gente fica louca!... tudo essas mulher junto não dá!... liberdade de falar o que quer, de cantar, de ter alegria, de não ficar internada, né”*.

Faz críticas ao tratamento recebido no hospital, mas estas vem de um modo natural, demonstrando sua capacidade de sentir e de pensar. Apesar da existência do quarto que amarra, o mesmo tem impresso na parede, o desenho de um coração feito por pacientes que ali estiveram contidos e confinados.

“Sabe que eu fiquei lá amarrada de novo?... eu tirei uma foto assim, perto do coração, ali no quarto que amarra... eu sinto que tá faltando um pouco de paciência com nós aqui... eles brincam muito comigo... eles falam na brincadeira, elas não contam o que tá acontecendo comigo.....”.

O quarto que amarra, além da característica de punição imposta pela instituição, representa para ela, o limite de suas “extravagâncias” dentro do

hospital; demonstra saber que sendo boazinha, obediente poderá ganhar “o doce”, a liberdade de fora mas, às vezes não consegue, fica nervosa e volta às “extravagâncias”.

Para Selma, o hospital é o recurso, a retaguarda que pode contar na ausência da família e de vínculos fora deste espaço, embora fale de seu desejo de viver com os irmãos. Depois de fugas, de altas e de buscas dos mesmos, ela passou pelo processo de resignação e acomodou-se ao hospital: *“Eu queria ir embora... mas não tem solução, não tem esse ó! Não tem dinheiro prá comprar remédio, tudo”*.

Estar internada passou a ser familiar; após a resignação, ela já não faz “arte” (nome dado às expressões das vontades): *“... eu batia a cabeça no chão, ou então eu pegava a gritar, ficava chorando e gritando: - Eu quero ir embora, quero ir embora, quero ir embora!...”*

Deixa evidente que hoje o hospital funciona como um albergue, um asilo onde ela, mesmo sem remuneração financeira, conseguiu um trabalho que a ajuda a viver e a sentir-se útil: *“E agora que eu tô boa, eu não tô tomando remédio de dia!! ... eu acho bom tá trabalhando aqui!..... eu melhorei muito depois que comecei a trabalhar aqui com a Olga.”*

Ela diferencia o tempo em que se considerava doente com o seu desempenho de hoje. Antes, não conversava, não se relacionava, lamentava, vivia com o olho inchado de chorar. Hoje, considera-se curada, aprendeu a ganhar voz, fazer-se ouvida dentro do contexto de internação evidenciado em

situação mais ou menos recente, na qual ela queria obter a transferência para este hospital: *“Eu vou quebrar tudo..... se não ligarem hoje mesmo para a Olga se não arrumar logo eu quebro e bato até na senhora!”*.

Critica a assistência e o sistema psiquiátrico, tem lembranças de solidão vivida nas experiências pessoais de impregnação, de quarto-forte e de medo quando via as outras pacientes impregnadas: *“... ele viu que eu não tinha apoio, era só dava remédio, dava remédio, dava remédio e não tinha melhora.....”*.

Selma atribuiu sua cura não ao tratamento recebido no hospital, mas ao tratamento de passes recebidos num Centro Espírita.

Luíza fala da internação como se ela fosse ausente, como se obedecesse a determinações alheias, a decisões dos outros: *“... morava com ela, ela queria me internar no Juqueri... eu não sei o que aconteceu comigo, quando eu vi nós chegamos lá na administração”*.

No consenso popular dos brasileiros, o Juqueri é a representação de loucura, de reservatório, de espaço ocupado pelos dissidentes, pelos que “saíram da linha”. Sua primeira internação não foi no Juqueri mas, posteriormente, ela foi para esse local.

Luíza tem em comum com Rosa, a representação de estarem incomodando os outros, de serem estorvos, de importunarem as pessoas dentro e fora do hospital.

Nenhuma paciente falou com tanta veemência sobre o tempo como ela; um tempo que correu impassível. Às vezes, a citação vinha com

nostalgia, mas sempre como marca implacável e plena de fatos ruins: *“A primeira vez que eu internei aqui eu era bem nova, eu era novinha ainda”*.

O choro, o lamento e o grito estão presentes em sua vida de paciente psiquiátrica como se fosse uma forma de mostrar-se viva: *“... eu chorei e gritei até quando me prenderam no quarto forte”*.

Faz críticas e queixas ligadas ao uso do poder exercido pela instituição, sobre os pacientes: *“...Antigamente era duro, eu sofria demais... Um dia pedi mais frango, a Angela mandou dar eletrochoque em mim só porque eu pedi mais frango para comer. Qualquer coisa que eu fazia era eletrochoque, é ligado acho que na força elétrica, passava água com sal aqui e aplicava”*.

As experiências sofridas, deixaram-na numa postura encolhida diante da vida e, hoje, a artrose reumática a está encolhendo, literalmente. Em suas falas, emerge sempre como fundo, a representação de culpa, de estar pagando os pecados cometidos.

Luíza como Selma, fala de seus desejos de sair do hospital, embora saiba da ausência de suporte familiar; hoje apoia-se no fato de estar parálitica para “acalmar” sua vontade de viver fora: *“... agora eu não ando mais mesmo”*. Sua fala mostra um conformismo apenas racional.

Para Joana, a internação veio em conseqüência de muita preocupação. Os longos períodos nos hospitais ocorreram a despeito de sua vontade, sem sua escolha ou participação, deixando-a alheia às decisões dos

outros; o sujeito que a internou é indeterminado: *“... levaram eu para a Vila Mariana... mas lá também eu fiquei preocupada”*.

Com a internação, ela perdeu o contato com os filhos, com o mundo externo, com o trabalho e continuou preocupada, embora tivessem recomendado para que não ficasse assim: *“... falaram para mim não ficar preocupada... ... Eu pensava ainda, me preocupava com as coisas”*.

Ela fala do tempo como lamento, cheio de perdas contidas no longo período de internação, tempo do qual não se sente dona e nem protagonista da sua própria vida *“... aí eu vim prá cá e faz tempo”*.

Considera-se sobrevivente a tantos anos de hospital psiquiátrico, de experiências de eletrochoque, de quarto forte, de medo, de solidão: *“tinha gente que até morreu de choque! Eu graças à Deus vivi ó, tô aqui sã, sadia, com saúde...”*
“Eu vivi mais de vinte anos no hospital e não sou louca!”

Não só sobrevivente, ela conseguiu não tornar-se ou não corresponder às imagens dos habitantes dos hospícios, dos ambientes nos quais viveu e vive há muito tempo. Mesmo assim, em alguns momentos o ambiente aparece:

“Mas eu tenho que aprender sabe? Eu tenho que deixar de fazer como paciente agitada. Eu tenho que aprender a enfrentar as coisas é assim...”

Todas as pacientes ouvidas fazem queixas e críticas à internação, mas Joana as faz com ênfase. Critica o sistema psiquiátrico tradicional de reclusão que na sua opinião traz dependência, ausência de direitos, de

liberdade, de opções, de não consideração da sexualidade: *“Eu acho que não precisava ter vivido no hospital assim não, eu acho que deveria ter um outro jeito, um outro jeito da gente não acostumar assim no hospital..... Que é que tem ter relação? É coisa da vida.... Porque se a mulher não tiver relação com o namorado, assim como se fosse marido, ela fica doente, então faz parte da vida”*.

Embora considere sua internação atual como uma punição por atos cometidos, reflete em suas narrativas dialéticamente o poder médico, a distância e a dificuldade de acesso ao médico, a sua condição de ser paciente assim como a dificuldade na comunicação com o profissional: *“Eu achei que ele achou alguma coisa em mim!. Alguma coisa errada! ... Mas ele é médico né ele sabe, a gente assim, a gente assim paciente... se ele mandasse eu entrar e sentar eu ia conversar com ele”*.

Embora Joana demonstre saber-se pertencente à “carreira psiquiátrica”, vê a internação atual como punição por erros cometidos e pergunta: *“E será que eu paguei todo o meu erro? ... fiz coisa errada, coisa que não devia... agora tô aqui pagando o meu erro”*.

Para os outros pacientes, parece que ela também não vê um sentido que ampare e justifique a reclusão dizendo: *“quem se cuidar sozinho, pode se cuidar sozinho... Quem pode se cuidar sozinho, não pode estar morando aqui, deveria estar num lugar lá fora na pensão protegida ou com a família...”*.

Representações Sociais de Sofrer Psíquico

As Representações Sociais de sofrer psíquico também aparecem de maneira peculiar nas narrativas das pacientes ouvidas. As lembranças do passado, adicionadas às vivências do presente, vão construindo as representações com características próprias de cada paciente.

Para Luíza, as recordações trazem pensamentos incômodos que a maltratam e que a fazem sofrer, chorar, lamentar: *“Sabe porque eu choro aqui, eu encasqueto na cabeça e não durmo de noite... eu arrependo de ter feito isso”*.

A culpa é presente em toda a sua narrativa. Culpa-se por ter sido estuprada pelo pai e com este tido uma relação incestuosa, depois por ter tido relações sexuais com outros homens e penaliza-se por ter estado numa atitude passiva diante dos assédios sexuais. No entanto, preserva a idéia de ter sido molestada pelos homens encontrados, pensa que os fatos ligados a este assunto foram decisivos em sua vida e que se os tivesse evitado, talvez sofresse menos:

“eu gostaria de ser virgem até hoje... eu devia ser virgem até hoje. Às vezes eu tinha parado de sofrer, o que eu sofri já tinha sarado às vezes... eu arrependo de ter feito isso... Eu não tinha juízo, deixei fazer coisa que não deve, errada, eu arrependo... eu arrependo tanto!”

Para ela, a solidão vem através da morte da mãe e, com isso, o esfacelamento do núcleo familiar; a partir daí, este sentimento passa a acompanhá-la até os dias atuais:

“eu não tinha para onde ir, eu fiquei andando para baixo e para cima sozinha... Eu penso que fiz coisa errada na minha vida, eu sinto um aperto aqui assim, aí eu choro, eu sinto tristeza; quando brigam comigo eu grito mais ... às vezes eu falo muito, às vezes eu falo sozinha até porque não tem alguém com quem eu posso falar aqui”.

Luíza tem internalizada a idéia de ter sofrido muitos ataques, maltratos. É portadora de um peso grande que a imobiliza e a encolhe diante da vida: *“eu acho que eu tenho os pecados grande nas costas, por isso eu sofro tanto”.*

Lamenta com intensidade o passar do tempo como se idealizasse um outro tempo que não viveu, que ficou para trás e que poderia ter sido diferente como se os calendários passados fossem “mal programados”: *“... sempre fui judiada, eu vi muita coisa... A Déia falou: – Nossa! Como você já sofreu desde criança, desde novinha até agora...”*

As lembranças de eletrochoque e de permanência no quarto forte são motivações fortes de dores sentidas e vividas na internação: *“eu sofria porque tomava eletrochoque, eu quase morria com eletrochoque... eu chorei e gritei até quando me prenderam no quarto forte”.*

Para ela, a dor de estar atualmente presa à uma cadeira de rodas, foi somada às outras dores advindas de suas experiências e assim aumentou o seu peso: *“eu não ando mais, não sou moça mais e tô caminhando para a velhice, eu tenho 63 anos... eu fico pesada.. eu dou trabalho para as funcionárias aqui porque eu fico pesada”.*

Vivendo esse encolhimento lento, ela vai prevendo o seu futuro, e sente medo ao olhar para as outras pacientes que no momento estão mais debilitadas: *“eu tenho medo de ficar como aquela paciente”*.

A solidão, a falta e o medo permeiam a trajetória e as representações de Joana que ao nascer foi adotada por um casal e, ao buscá-la, o pai adotivo precisou envolvê-la com seu paletó porque ela não tinha roupas.

A idéia de sentir-se desprovida a acompanha pela vida; quando era adolescente sofreu assédio sexual do pai, foi colocada para fora de casa pela mãe e, a partir daí, segue sua busca, seu vagar que ultrapassam a entrada para o manicômio ou a entrada para a “carreira psiquiátrica”: *“... andei pelo mundo afora... eu andei pela rua, eu andei pela vida assim sofrendo falta pelo mundo”*.

A ausência de suporte familiar e a rejeição, foram determinantes na construção de sua história. A solidão, a ligação com os homens encontrados, o medo, a impotência em ver-se só, com três crianças para cuidar, são conseqüentes também responsáveis em sua trajetória: *“... eu sozinha com as três crianças pequenas, como eu ia dar conta sozinha de tudo?... eu fiquei sozinha, fiquei com medo... uma pessoa muito triste, longe dos parentes, não sabe notícias dos parentes”*.

Esse caminhar trouxe mágoas de fatos ocorridos e poucas possibilidades de liberdade de opção.

A solidão, a falta e também o medo persistem nas experiências de internação e nas “técnicas terapêuticas” utilizadas como eletrochoque e quarto-

forte: *“Eu tinha medo que só! Eu ficava tremendo de medo!... me amarravam, eu tomava muito choque, era triste”*.

Atualmente, a internação é, a seu ver, o que a faz sofrer, porque está longe do convívio de casa (mesmo que esta seja a Pensão Protegida), do trabalho, do namorado, dos filhos. Acha que os outros pacientes sofrem porque não conseguiram ter o que ela considera importante: *“... eles não dão demonstração ... as pessoas sofrem porque elas não saem daqui de dentro do hospital ... ficam fechadas no hospital... Eu tô longe do meu namorado, da minha casa. Aí a gente sofre”*.

Embora fale de seus sentimentos do presente, é no passado que deposita sua dor. Parece que mesmo sentindo as conseqüências da internação atual (que para ela é o pagamento de erros cometidos), consegue enaltecer e valorizar o que acha que conquistou: *“... eu consegui morar fora ...”*

Na produção gráfica, deu-se a epígrafe de *“Joana sofrida dos passados”*. Apesar disso, reflete que seu rosto não é muito acabado e concluiu: *“... a pessoa pode também estar sofrendo por dentro e não estar mostrando no rosto!... uma pessoa de vida sofrida, muito sofrida por dentro, mas ela não mostra no rosto”*..

Para Joana, as pessoas internadas, acostumaram-se a não explicitar as dores, os desejos e vão correspondendo ao destino e à idéia de passividade e espera de um tempo sem esperança. No entanto, ela acredita que haja um outro jeito de viver. Na estória de um de seus desenhos a paciente verbalizou: *“O sol nasce para todos aqueles que têm fé e esperança de um dia morar numa casa, na Pensão Protegida”*.

Segundo ela, com as conquistas conseguidas, resgatou as possibilidades de exercer a sexualidade e a liberdade, mesmo que isso aconteça de maneira parcial, uma vez que atribui a internação atual, “ao erro” de ter tido relação sexual e ter se interessado por um homem que não é o seu namorado, pois não é paciente psiquiátrico: *“Eu na hora eu senti vontade de ir encontrar, de ir com aquele homem. Eu acho que as pessoas do Santa Teresa, não podem arrumar outro homem lá fora né? Tem que ser só o namorado da gente”*.

Para Selma, a dor aparece através da tristeza que paira por toda a vida; ao iniciar a narrativa de sua história, ela já define: *“A minha vida triste, muito cansada”*.

Ela se dói inteira, seu peito contém mágoas, pesares, descontentamentos: *“...o desgosto vai desgostando o coração, aí vai desgastando, fica triste”*.

A ausência da família trouxe os sentimentos de abandono de ausência internalizados. Ela foi vivenciando a união com o companheiro, a perda do mesmo, a falta da mãe, do pai, dos filhos e irmãos.

Selma mostra-se uma vítima passiva que outorga aos outros suas agruras, penaliza o outro, colocando-se sempre no infortúnio e percebe claramente a sua dificuldade em se dar:

“... só os outros, eu não, eu fiquei doente... eu não fui uma mãe que deu carinho pros filhos, foram os outros que deu... meus filhos não mamaram em mim”.

Demonstra sentir-se excluída, saber que pertence à “carreira psiquiátrica” e sente-se pouco compreendida: *“serviço para quem é doente não arruma... Eu não sou uma paciente alegre, satisfeita às vezes eu dou risada, mas é só para distrair porque se eu for contar só Deus sabe”*.

Parece que só uma luz divina pode saber da solidão, da tristeza e das faltas que sente, já que os outros e principalmente a Instituição não respondem às suas necessidades: *“...ele viu que eu não tinha apoio, era só dava remédio, dava remédio”*.

Ela denomina a experiência de ter estado no quarto forte como o primeiro sofrimento no hospital e, com ele, a solidão sentida: *“... eu fiquei no quarto forte....., era o primeiro sofrimento meu sabe?... Era difícil ficar lá, era escuro, muito. Eu fiquei dois dias e uma noite, sozinha! Sem ninguém!”*

Selma, foi submetida ao eletrochoque na sua vida de paciente psiquiátrica no entanto tem lembranças fortes dos medos sentidos ao ingerir os medicamentos, que ao seu ver são potentes demais podendo até serem iatrogênicos: *“...Eu fiquei com medo de ficar como a Linda, ficar boba de tanto tomar remédio!”*

Embora fale muito da tristeza sentida, acha que encontrou consolo na resignação; renunciando às vontades, encontrou uma maneira de sobreviver, amenizar a dor e conclui que o inconformismo faz sofrer. Sente pena das pacientes que ainda não aprenderam a se conformar com a situação de estarem institucionalizadas: *“A paciente me falou: – Eu quero ir embora daqui, será que não*

vem ninguém me buscar?..... Eu senti dó dela... essa fase que eu chorava muito por tudo, demorou a sarar”.

Segundo ela, outra forma de se ajudar e que contribui bastante para aquietar a dor, foi olhar para os outros pacientes, os tantos “espelhos” que dividem aquele espaço: *“Eu acho que a gente tem que pensar de um modo assim, a gente pensar do lado dos outros também, não do lado só da gente”.*

Tanto Luíza quanto Selma, cada uma à seu modo, passaram pelo processo de resignação, não fazendo mais menção à esperança e aos planos de vida; tanto uma como a outra, permanecem no hospital e têm dele a idéia de asilo, de albergue dos rejeitados.

Rosa e Joana, têm referências de residência fora do hospital, suas idéias sugerem esperança e perspectiva de refazerem suas vidas fora dele, mesmo sabendo-se pertencentes à “categoria” de doentes mentais.

Para Rosa, a dor se configura na tristeza que sente no coração e a define: *“... é como um fiozinho assim ó, dói e sai do coração... eu sinto uma coisa assim no meu coração ... uma dor assim...”*

Demonstra sentir-se triste pela condição de ser doente mental e utiliza-se de mecanismos defensivos para sobrevivência. Usa o que chama de “disfarces” e estes, a ajudam a não sucumbir: *“... se eu mostro mais tristeza dobra a dor da gente, né?”*

Rosa explicita intensamente através da linguagem e dos gestos, as necessidades sentidas e uma delas, consiste no desejo de atenção: *“... vontade ...*

de reunir mais gente, de conversar, de falar, assim como eu tô ouvindo e falando com a senhora agora né?... eu gosto que fala comigo assim ...”

Ouvindo-a, observamos que se infantiliza em alguns momentos, o que nos leva a pensar que seria mais uma tentativa de preenchimento do vazio das necessidades sentidas e não supridas. Isso é denotado no relato: *“Criança é que tem valor para a gente grande, criança tem mais chance de ser respeitada, de gostar dela entende?”*

Como Selma, também Rosa fala do coração como depositário de suas dores. Na produção do desenho, o reproduz e justifica: *“Aí eu tenho que desenhar um coração, porque o coração “güenta” todas né?”*

Assim, a sua representação social de dor, é a tristeza, sentimento ao qual vai tentando escamotear para não doer tanto: *“Eu tenho tristeza de ser paciente, dói aqui dentro assim, fico triste, não sei se é depressão, tristeza assim dentro, mas eu não gosto de ficar assim eu gosto de mostrar alegria prá mim e prá pessoas”.*

CAPÍTULO V - CONTRAPONTO: TRÊS FACES EM UM ESPELHO

CONTRAPONTO: AS TRÊS FACES EM UM ESPELHO

Loucura e ou Doença Mental: Ser ou Estar?

A dificuldade do pensamento complexo é justamente ter de enfrentar a confusão, a incerteza, a contradição e ao mesmo tempo, ter que conviver com a solidariedade dos fenômenos existentes em si mesmo. (Edgar Morin)

A história tem mostrado que mudanças ocorreram nos conceitos e visões a respeito da loucura. Ao longo do tempo, várias tendências, correntes de pensamentos têm influenciado a evolução das considerações sobre a mesma, que também é representada em várias áreas do conhecimento.

No campo das artes, ela se faz presente através da pintura, da escultura, do teatro, da literatura. Nas obras de Machado de Assis (1962) encontramos “O Alienista”, conto no qual o personagem tenta conhecer a loucura e pesquisar sua essência. Entretanto, a mesma não se deixa revelar e permanecem as indagações sobre o que seria e quem seria verdadeiramente louco.

Portanto, torna-se difícil tratar da loucura em si. Podemos tratar do tema loucura, ou seja, das pessoas excluídas, alienadas, indesejadas, diferentes na sociedade e na cultura humana.

Swain & Gauchet apud ROUDINESCO (1994) escreveram uma obra consagrada ao tratamento moral e à gênese da instituição asilar desde Pinel até Esquirol. Estes autores enfocam que nas sociedades pré-clássicas, hierarquizadas e não igualitárias, o louco era tolerado, mas era considerado infra-humano (animal insano) ou supra-humano (a possessão divina). Nas sociedades

modernas e igualitaristas, uma reviravolta operou-se então, o louco passou a ser encarado não como o outro-excluído mas como o alterego, quer dizer, como um sujeito doente.

No transcorrer da história, cada época organiza seu olhar sobre a loucura, mas o que a evidencia é que a mesma é surpreendente, única, irreverente, tem muitas faces; é polissêmica e faz-se concreta no sofrimento psíquico de quem a porta. Isto denota a importância de nos voltarmos para a pessoa que a sofre, considerando que expressa através de sua história de vida, os significados, as condutas e não tanto a doença em si, até porque pouco se sabe sobre ela.

Para BASAGLIA (1982), a história da loucura é história de um juízo, de graduais evoluções dos valores, das regras, dos sistemas de poder sobre o qual se funda o grupo social e sobre o qual se inscrevem todos os fenômenos contidos nos processos de organização da vida. Para ele, não existe história da loucura que não seja história da razão. Essa é identificada com o poder que distribui a uns e a outros as modalidades, os tempos e os lugares nos quais possam falar, mas sempre nos termos de sua linguagem e de sua lógica que implicitamente cancelam a globalidade das necessidades do homem.

As regras e os valores podem sufocar ou dificultar a expressão das necessidades, dos desejos, deixando pouco espaço para a manifestação da subjetividade dos que se encontram na condição de pacientes psiquiátricos.

Entretanto, diferentes concepções etiológicas foram referenciadas pelas pacientes neste estudo. Cada uma, elaborou sua teoria sobre loucura e ou doença mental, com características próprias ou seja, cada sujeito tem para o seu sintoma uma teoria única, com sentido próprio e subjetivo resultante das experiências vividas. Porém, há convergências de que conviver no mundo da loucura é viver no sombreamento do terreno dos excluídos, vítimas de prejuízos e privações. Nenhuma paciente ouvida assume-se como louca e sim estar ou ter estado doente mental. Quando a palavra loucura é mencionada é sempre uma atribuição do outro, um estado de permanência. O verbo “estar” aparece mais no passado, sugerindo que a doença mental pode ser um estado de doença, em certo período da vida: “... eu estava doente da cabeça”

“... eu fiquei doente mental”

“... eu tava ruim da cabeça”

“... meu primo ficou atrapalhado de tanto estudar matemática”

Rosa disse ter ficado ruim da cabeça e atribuiu a este estado ser criativa, ter idéias extravagantes, a sair por aí fazendo extravagâncias que entre tantos significados é também sair dos limites, desvairar. Considera-se iluminada, e pensa que a iluminação acentuou-se depois de ter freqüentado a Igreja Universal.

Selma acha que “não estava bem da cabeça”. Para ela, a doença veio em decorrência de um trauma sofrido na vida adulta, trauma lembrado como “a triste passagem e a triste paisagem”. Atribui estes fatos ao sobrenatural,

“à coisa feita”, “à coisa mandada”, ou seja, as experiências difíceis foram “encomendadas” e ela sucumbiu às mesmas adoecendo.

Luíza tem teoria de que ficou muito nervosa, pensou demais nos fatos ocorridos na infância, ficou traumatizada pelos mesmos e, também adoeceu.

Para Joana o pensar demais, as preocupações intensas com o seu passado, presente e principalmente futuro, foram os determinantes no seu processo de adoecer.

Vemos que as teorias presentes no conteúdo expresso por elas, surgem em decorrência de fatores psicossociais e, a elaboração do pensamento é fator importante isto é, quem é louco, não sabe o que faz, não organiza as idéias:

“... A paciente era piradinha ... ela não falava coisa com coisa...”

“... eu tenho idéia boa... Eu tô mais velha agora, mas eu tenho idéia boa, até as gente fala que eu tenho idéia boa...”

“... eu estava doente da cabeça. Mas desta vez eu fiz diferente né? Eu fiz as coisas, sabendo o que eu fiz!”

“... eu não sou louca, eu sou doente da cabeça, eu não me acho louca, tem gente que é mais doente do que a gente, que faz coisa que a gente não faz”.

“... eu pensei que a gente não é louca assim não, a gente não é louca!”

Existe nas pacientes a tentativa de enaltecimento de algumas capacidades sensoriais:

“... Vê como eu tô conversando direito?”

“... Vê como eu tô desenhando bem?”

“... Vê como eu tenho idéia boa?”

Nestas falas podemos pensar que depois de tantos anos na “carreira psiquiátrica” e de pertencerem à uma determinada classificação nosográfica, elas de certa forma, sentem-se “objeto de estudo” e sabem a importância do exame das funções mentais como: senso-percepção, atenção, memória, ideação, afetividade.

PERESTRELLO (1989), ao analisar a obstinação organicista que impregnava a psiquiatria no início deste século diz: “Uma desordem da atenção e da afetividade mais certa alteração da vontade, acompanhada de um distúrbio da ideação, formavam uma síndrome, a qual, apresentando certo tipo de evolução, constituía uma entidade nosológica, cujo curso seria previsível com base na observação de casos clínicos semelhantes”.

Os doentes eram objeto da observação psiquiátrica, isto é, descritos no que dizia respeito à sua conduta, ao descuido de suas vestes ou à extravagância de determinadas peças do vestiário, aos gestos e à mímica, aos hábitos de rotina, tendo-se sempre em mira esmiuçar o curso da doença e sua peculiar terminação.

Aprender e introjetar o discurso legitimador organicista, no qual se baseiam as práticas manicomiais pode ser uma realidade na linguagem das pacientes institucionalizadas. No entanto, as mesmas pacientes que talvez “aprenderam” a ser avaliadas pelas capacidades advindas das funções mentais, solicitam um outro olhar que vá além da classificação nosográfica. Neste novo olhar, acrescenta-se o ouvir, ou seja, a escuta que contribua para maior compreensão do ser, que consiga decifrar disfarces e que escute necessidades e desejos subjetivos, não declarados, mas de alguma forma expressos:

“... o gravador tá ligado tá certo, mas eu quero que além dele, tenha a imaginação da senhora”.

“... como se fosse urgente (indigente) esses que morrem sozinho sabe?... É esse nome aí, às vezes ninguém consegue decifrar, saber quem é”.

“... eu gosto de conversar assim...”

“... é importante a gente falar de vida né?”

No mundo das pacientes, na condição de doente mental tutelado, a questão da razão/desrazão é sempre muito presente e há um domínio próprio das relações desiguais. A razão que parece humanitária e científica tem o seu poder sobre o homem sem razão. Desta forma, ela controla e às vezes modifica condutas sobre as quais se concentram os cuidados e as terapias (BASAGLIA, 1982).

Joana, ao vencer a dificuldade da distância profissional-paciente, conseguiu expressar o desejo de saber quando iria receber alta hospitalar:

“Faltou coragem de perguntar, eu tenho medo de não voltar para casa, eu tava com medo dele!... eu entrei na sala e falei assim: Dr. Rodolfo o senhor é médico e pode mandar eu embora!... Aí eu acho que ele viu que eu tava nervosa e ele falou: – A minha responsabilidade é muita!... Eu achei que ele achou alguma coisa em mim! Alguma coisa errada, eu tava nervosa!”

Parece que as pacientes esperam que a psiquiatria lide com os sentimentos e emoções, que a assistência psiquiátrica seja psicoterapêutica, mas pelo visto, não acreditam no poder de cura desta medicina que conhecem. Por isso, invocam a divindade com muita freqüência, só Deus pode saber de suas dificuldades, pode tratá-las, compreendê-las, curá-las e apoiá-las:

“... às vezes eu dou risada, mas é só para distrair, porque se eu for contar só Deus sabe ...”

“... Eu comecei assim depois do Natal, o Menino Jesus me ajudou!”

“... aí eu serei graças à Deus...”

“... Eu rezo todo dia, rezo o terço...”

Selma justificou ter recorrido ao Centro Espírita:

“Ele levou eu lá porque ele viu que eu não tinha apoio, era só dava remédio, dava remédio, dava remédio e não tinha

*melhora... Aí eu pensei: sabe de uma coisa? Eu vou melhorar
é aqui ... e graças à Deus, louvado seja Deus e que isso não
volte nunca mais. Aí fui melhorando, melhorando e até
hoje...”*

Vemos que neste discurso, a divindade e a busca da religião (qualquer que seja) resgata a subjetividade, a naturalidade, a singularidade e traz o sentimento de acolhimento, de compreensão; recupera ainda certa autonomia frente ao sistema e à doença. Podemos perceber isto, no exemplo de Selma: ela “resolveu” que com a ajuda do Centro Espírita, obteria melhora, já que no hospital recebia apenas o medicamento. Desse modo, o apoio, a sustentação, o amparo, não vieram do serviço de saúde e sim através da religião.

Para LAING (1968), a anulação enquanto ser humano, leva à perda da condição existencial legal plena enquanto pessoa humana e responsável, fazendo do paciente, alguém não mais possuidor da sua própria definição de si, incapaz de manter aquilo que é seu e impedido de arbitrar quem irá encontrar ou o que irá fazer.

Embora tenha falado das perdas inerentes à sua condição, Selma demonstrou satisfação na conquista por ter deixado (com ordem médica) de ingerir medicamentos num horário do dia. Mostrou certo alívio por este fato,

como se soubesse que a ação sedativa a fixasse num papel ainda mais passivo de existência: “... eu tenho medo de ficar como a Lúcia, boba de tanto remédio”.

Segundo RIBEIRO (1988), os famosos coquetéis de calmantes, as medicações cotidianas, também têm servido de coadjuvantes na contenção de pacientes agitados para suprir a falta de pessoas especializadas para lidar psicologicamente com os pacientes.

RODRIGUES (1995) destaca que o uso da medicação psicotrópica não está restrita aos macro hospitais é usada também em ambulatorios, hospitais de semi-internação, etc. Seu uso faz parte do tratamento prescritivo dentro do modelo médico de assistência. Com esta afirmação, a autora não preconiza a abolição total do uso de medicamentos, mas enfatiza a importância dos mesmos serem utilizados mediante acompanhamento de um suporte esclarecedor e principalmente com a participação do paciente no tratamento.

LAING (1968) menciona como a psiquiatria convencional é assediada por uma confusão que está no âmago dos problemas conceituais de toda a medicina científica moderna: a confusão entre o processo da doença e as origens da doença. Em vez de perguntarem porque ocorre uma doença mental, os pesquisadores tentam entender os mecanismos biológicos através dos quais a doença opera. Esses mecanismos e não suas verdadeiras origens, são vistos como as causas da doença. Conseqüentemente, os tratamentos psiquiátricos atuais limitam-se, em sua maioria, a suprimir sintomas com drogas psicoativas. Embora tenham tido mais êxito nesse sentido, esta abordagem não ajudou os psiquiatras

a compreenderem melhor a doença mental, nem permitiu aos pacientes resolverem seus problemas subjacentes.

Nestas considerações, LAING (1968) não nega a existência da doença mental mas evidencia a valorização das trajetórias vividas, das experiências contidas nos percursos e dos significados que poderão emergir numa relação profissional-paciente mais dialética, real e humanizada.

Os sujeitos deste estudo não trazem concepções etiológicas de causas orgânicas; suas teorias surgem como fruto de difíceis experiências, em cada percurso vivido. Não aparece alusão à eficácia do tratamento recebido nos longos anos de internação. Mesmo adjetivando-se como doente mental, ou que em algum momento esteve ruim da cabeça, não ter estado bem da cabeça, ser extravagante, ser traumatizada, existem queixas quanto à abordagem da assistência psiquiátrica:

“... tinha que ter um outro jeito ... um outro jeito da gente não se acostumar aqui”.

“... eles aqui não têm tanta paciência com nós né, aí o paciente já é paciente conta mais coisa, faz mais coisa para ficar impaciente ainda, para preocupar mais a cabeça, deixa mais impaciente ainda”.

“ Eu acho que ele é enfermeiro, agora, ele trabalha do jeito dele, não do meu. Perguntei-lhe como seria o seu jeito; respondeu-me: “Ah! É não amarrar né? Eu chamei ele de pai e ele não gostou...”

Estes relatos contém pedidos de valorização dos significados das suas linguagens e atitudes, assim como denotam a real distância entre os elementos que compõem o sistema psiquiátrico. Os mesmos só tornar-se-ão terapêuticos, na medida em que consigam identificar as dinâmicas de violência e exclusão presentes na instituição, como na sociedade em seu todo. Assim, o doente e os profissionais envolvidos enquanto elementos constitutivos de uma sociedade global terão a possibilidade de combater e dialetizar as dinâmicas de violência e de segregação, reconhecendo-as como parte integrante de uma estrutura social particular e não como um dado de fato inelutável (BASAGLIA, 1982).

A prática de objetivação da loucura reflete em nossas instituições, o quanto as atitudes, as palavras são consideradas “fatos” e não “atos” que acontecem num contexto fechado, de tutela, de pouca escuta e que solidifica os rótulos existentes, muitas vezes assumidos pelos pacientes.

Rosa considera-se extravagante enfeita-se de panos, torna-se diferente, “disfarçada” e vai agindo até os limites institucionais manifestarem-se:

“...eu joguei um copo de café na mesa lá na cozinha e depois eu peguei leite, um pedaço de pão, e joguei leite também. Eu gosto de pão, mas eu tava nervosa. Eu pensei em fazer aquilo lá que eu fiz e depois tomar café direito e aí não deu certo né. Aí eles amarrou eu...”

Os limites dados pelo serviço, seja nas emergências psiquiátricas ou no período de internação, geralmente, contém respostas isentas de uma releitura ou de uma busca de sentido para as condutas das pacientes; essas condutas podem conter necessidades encobertas pela incapacidade de exprimir apelos “corretamente”.

Ouvindo a história de vida dos sujeitos, assim como as concepções etiológicas e as teorias emergentes acerca da loucura, vemos que todas, de formas diferentes, têm contido o sofrimento psíquico que as levou a sucumbir. Mesmo quando Selma e Rosa se referiram ao sobrenatural para explicitarem suas teorias, a alusão maior é para os fatores psicogênicos e psicossociais.

TSU & TOFOLO (1990) em pesquisa sobre as concepções etiológicas de pacientes psiquiátricos acerca da doença mental, constataram que é pequena a penetração do discurso competente de cunho organicista entre os sujeitos e consideram que “as concepções organicistas podem ser menos comuns porque na área mental estão normalmente associadas às idéias de hereditariedade e defeito. Assim, conotam sempre a idéia de que a loucura é um atributo profundamente enraizado, praticamente essencial. Portanto, as concepções psicossociais deixam maiores possibilidades ao indivíduo para nutrir esperanças de saída de sua condição atual”.

Podemos pensar que se as pacientes ouvidas neste trabalho vêm a loucura como algo acontecido, que veio em decorrência de vivências difíceis, de dramas pessoais, elas admitem recuperação embora reconheçam-se integrantes da “carreira psiquiátrica”. Isto sugere que, para elas, o hospital perde a função de

tratamento, de cuidado e passa a ter outras funções e representações como de punição, de último recurso frente ao abandono familiar, de albergue, de asilo, de limite.

Assim, deparando-se com a condição real de pacientes psiquiátricas institucionalizadas, vão utilizando mecanismos que as ajudam a sobreviver com menos ou mais esperança: *“Eu primeiro queria ir embora daqui... agora eu não ando mais, aí não adianta né?...” “Eu antes queria ir com o meu irmão, mas minha cunhada não quis né? Aí eu tive que ficar...” “tem que ter fé e esperança né? Eu tenho esperança de ser alegre, de trabalhar, viver perto de minha mãe ...”*

As teorias sobre a loucura, emergentes neste trabalho, referem-se a um processo de adoecer instalado num corpo vivido. Assim, há uma aproximação da doença mental como um fato ou fenômeno humano e relacional do corpo vivido e, não necessariamente, anormal.

Segundo CANGUILHEM (1995), existem dois sentidos para a palavra saúde. A saúde considerada de modo absoluto é um conceito normativo, que define um tipo ideal de estrutura e de comportamento orgânico. A saúde adjetivada é um conceito descritivo que define uma certa disposição e reação de um organismo individual, em relação às doenças possíveis.

A disposição e a reação citadas pelo autor, convergem com as teorias de loucura trazidas pelos sujeitos. Estes, ao tecerem suas teorias, relatam reações vivenciadas por cada um, frente ao sofrimento psíquico.

Nas narrativas, a saúde aparece adjetivada com frequência da seguinte forma: “... eu estive doente”, “... eu fiquei doente mental”, “... eu fiquei ruim da cabeça”, “... eu tava doente”. Assim, podemos pensar que as pacientes não consideram a doença mental como um estado absoluto; pelo contrário, os verbos estar e ficar, são mais evidenciados no tempo passado. Parece que atualmente, a condição de paciente psiquiátrico institucionalizado vivida por cada uma, vem em decorrência de fatores ligados ao social e ao modelo assistencial vigente.

Percebe-se, também, a idéia de sobrevivência em meio à tudo, de ter escapado e não sucumbido às considerações absolutas.

Joana demonstra a idéia de vitória de envaidecimento, de resistência ao refletir sua trajetória, sintetizando: *“Tinha gente que até morreu de choque! Eu graças à Deus vivi ó, tô aqui sã e sadia, com saúde...”*.

Descanso? Repouso? Albergue? Corretivo?... Vontade de descansar em outro lugar...

Nos relatos ouvidos, surgiram diferentes teorizações sobre a internação psiquiátrica, mas há uma convergência de que o território manicomial é espaço de exclusão.

Parece que os sujeitos se sentem parte dos “Jardins de Abel”, ou seja, as grandes áreas ocupadas pelo hospital, num cenário de árvores, pátios e

jardins que dão indícios de exclusão social. Estas áreas são habitadas pelos irmãos indesejados, atrapalhados e incômodos à sociedade.

Segundo BASAGLIA (1985), durante muitos anos, o doente mental foi, e ainda é aquele a quem se pode oprimir brutalmente: um cidadão privado de seus direitos. É aquele a quem se pode privar de liberdade pessoal, de pertences, de relações humanas durante um tempo indeterminado e que questiona-se desanimado: “o que é que eu fiz de mal?”

Entretanto, excluir é uma atitude social antiga. As abordagens, as técnicas sofreram modificações com o tempo, mas poucas mudanças ocorreram relacionadas às atitudes para com o doente mental^{*}, ^{**}.

Embora a idéia de exclusão esteja presente em todos os relatos, também aparecem outras teorizações a respeito da internação que levaram estas pacientes à institucionalização e à entrada na “carreira psiquiátrica”^{***}.

O primeiro contato com o hospital tem um marco importante nas lembranças de cada sujeito, deixando transparecer os sentimentos diante da

^{*} Machado, M.C.L. Universo em desencanto: conceitos, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre loucura e/ou doença mental, São Paulo, 1995. 56p. Tese (doutorado), Universidade de São Paulo. A mesma, cita vinte e quatro trabalhos realizados principalmente nos Estados Unidos e na Europa que mostram a eficácia de métodos reeducativos (cursos, treinamentos e palestras) na mudança de atitudes em relação aos doentes mentais. Estes concluíram por unanimidade pela necessidade de esclarecimento sobre a doença mental, mas desconsideram aspectos afetivos implícitos às atitudes em relação à doença mental.

^{**} SARACENO, B. La fine dell'intrattenimento, Milano, Etas Libri, 1995. 42p. Nos manicômios do final dos anos 1800 e primeiros anos 1900, prevalece a função paterna ou seja a ordem, a norma; com a crescente cientificidade da psiquiatria e a ideologia médica, vemos prevalecer a função de patrão, de domínio que trazem engendradas a questão do poder e do controle.

^{***} GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos, São Paulo, Perspectiva, 1990. 111p. O termo é utilizado por este autor, nos sentido de indicar a trajetória percorrida pela pessoa durante sua vida. Ressalta GOFFMAN que uma vantagem no conceito de carreira é a ambivalência, isto é, por um lado está ligado a assuntos íntimos como por exemplo, a imagem do eu; por outro lado, se liga à posição ou à um estilo de vida. Portanto, o conceito de carreira vai do íntimo para o público e vice-versa assim como entre o eu e a sociedade.

impessoalidade, das perdas, dos rompimentos inerentes à situação. Luíza, por ser incômoda, foi levada pelo primo; quando viu já estava no prédio da administração do hospital e hoje tem do mesmo a representação de asilo, de depósito, de albergue. Joana, desequilibrou-se porque pensava muito, daí a primeira internação; hoje, pensa que estar no hospital é uma punição pelos “erros cometidos”. Rosa atribui sua permanência ali por ser incômoda a todos, já que se considera extravagante, ou seja, devaneia e extrapola ao expressar seus desejos; parece ter no hospital a referência de limite para seus atos ou condutas. Selma, foi internada pela primeira vez, devido a crise decorrente de não suportar o trauma sofrido (assassinato do marido); hoje tem do hospital, a representação de asilo, de último recurso, já que se sente abandonada pela família.

Estas histórias e as teorias construídas através delas, fazem ligações com as funções ancestrais dos hospícios que eram de asilo, de proteção aos alienados que poderiam ser loucos, pobres, famintos e andarilhos. Estas funções encontravam-se inseridas num projeto paternalista no qual a sociedade forte provê a tutela de seus membros mais frágeis; o discurso é de proteção, embora a realidade seja asilar, alienante, segregante.

No contexto destas reflexões sobre a “benevolência” da sociedade protegendo seus integrantes mais frágeis ou vulneráveis, nos reportamos a BYINGTON (1987) que descreve as características evolutivas da consciência, preservando suas origens, abordando assim o conceito de ciclos arquetípicos: “matriarcal, patriarcal, de alteridade e cósmico”. Estes expressam a implantação

progressiva de um determinado padrão de funcionamento da consciência e mantêm a ação criativa do inconsciente coletivo durante toda a vida através do arquétipo regente que coordena cada ciclo.

Considera este autor que em nossa cultura, existe um “elitismo patriarcal”, ou seja, a discriminação (entendida como ordem e elaboração) das polaridades dos símbolos (imagem arquetípica) pelo dinamismo patriarcal e isso acontece de maneira assimétrica e hierárquica. O maior afastamento da polaridade consciente-inconsciente, que permitirá à consciência a abstração necessária para a elaboração patriarcal dos símbolos, se dá através do arquétipo do pai que delimita a discriminação, privilegiando sistematicamente um dos pólos das polaridades. Em algumas polaridades Eu-Outro, o Eu é assimetricamente favorecido como nos casos em que ele está dedicado ao cumprimento de tarefas. Sobre esta questão, diz BYINGTON (1987) “por isso, tantos pais, dirigentes ou inovadores se julgam no direito de desconsiderar a pessoa dos seus filhos, seus subordinados ou seus opositores”.

Nesta perspectiva, observamos que no contexto manicomial habitualmente seus integrantes ou pacientes são desacreditados quanto às possibilidades de executarem atos da vida cotidiana.

Correspondem às expectativas da sociedade, passam a viver o papel social, a condição de pacientes psiquiátricos, portando suas próprias histórias, suas vivências acumuladas e a própria condição de excluídos. Assim,

não há oposição àqueles que os excluem, pois cada ato passa a ser limitado e definido pela doença.

Entretanto Joana, após mais de vinte anos de internação, demonstra através da fala, sua oposição reprimida:

*“... Eu acho que eu não precisava ter vivido no hospital assim
não, eu acho que deveria ter um outro jeito... Deveria ter um
outro jeito da gente não acostumar assim no hospital!”*

Coagido a um espaço onde mortificações, humilhações e arbitrariedades são as regras, o homem, seja qual for o seu estado mental, objetiviza-se gradualmente nas leis do internamento, identificando-se com elas. Assim, sua couraça de apatia, desinteresse e insensibilidade não seria mais do que o seu último ato de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila. É o último recurso pessoal que o doente, assim como o internado, opõe para proteger-se da experiência insuportável de viver conscientemente como excluído (BASAGLIA, 1985).

A exclusão é diretamente ligada ao sentimento de rejeição, de sentir-se diminuído diante do outro, de ser incômodo ao outro que sempre parecerá maior por ser detentor do poder:

*“Eu acho que aqui, mesmo eles sendo superior a eu, que
trabalha, que tem uma vida assim, eu consigo ficar bem com
eles apesar de eu ser assim...”*
*“... ele é médico né? Ele sabe e a gente assim, a gente assim
paciente ...”*

A interrogação “O que é que eu fiz?” pode ser expressa de diversas maneiras ou permanecer latente, convivendo com cada sujeito, determinando condutas próprias para cada significado. Ser paciente psiquiátrico tem uma classificação nosográfica e diferentes graus de doença atribuídos pela psiquiatria, além de atributos próprios dados pelo senso comum. Entretanto, uma vez iniciados no caminho, na condição de doentes mentais, enfrentam circunstâncias semelhantes, podendo ou não responder de maneira análoga.

Além das circunstâncias similares, percebe-se que os sentimentos e as representações podem coincidir com a idéia de sina, de sorte, de ser fadada à um percurso sem muita participação pessoal. Este percurso conduziu-as para a institucionalização psiquiátrica assim como para a adesão à ordem imposta pelo espaço manicomial, talvez até de maneira semelhante à situação que se encontravam no mundo fora do hospital, reproduzindo um mundo cruel, castrador, aniquilante:

“Eu fui muito judiada, acho que foi isso que deixou eu nervosa e precisei ser internada”.

“... A Déia, da noite falou assim: – Nossa! Como você já sofreu desde criança, desde novinha ...”

“... Sempre nessa vida pelo mundo afora, sofrendo”.

Apoiada nas abordagens qualitativas da antropologia e da sociologia, TSU (1993) mostra a complexidade do processo pelo qual o doente mental passa, para finalmente ser considerado como tal. A primeira dessas fases

seria aquela de observação ou reconhecimento de algumas ou várias mudanças na conduta habitual da pessoa. A segunda fase corresponderia à interpretação acerca do que a mesma significa. Na terceira fase, o grupo familiar passaria a consultar o grupo social mais próximo para confirmar ou desmentir sua interpretação. A quarta fase consistiria numa certa acomodação ou aceitação do problema, e a quinta fase corresponderia à busca de ajuda profissional, a qual será escolhida em função da interpretação anteriormente dada ao problema. Mas finalmente a definição, a consideração social de doente mental, a entrada na “carreira psiquiátrica” ocorre à partir da internação psiquiátrica.

Todas as mulheres que participaram desta pesquisa são pobres. Duas pacientes, já no início da vida foram excluídas do núcleo da família, sofrendo ausência de suporte familiar. Podemos, então apontar para o fato delas serem conseqüências de um sistema social carente de equidade.

Considerando as experiências vividas nas histórias apresentadas, reporto-me à BASAGLIA (1985) que interroga “Não seriam eles (as) definitivamente o refugo, os elementos de desordem desta nossa sociedade que se recusa a reconhecer-se em suas próprias contradições? Não seriam simplesmente aqueles (as) que partindo de uma posição desfavorável, já estão perdidos ao partir?”

As pacientes ouvidas iniciaram os percursos de suas histórias com as desvantagens.

Os mesmos são permeados por fracassos, traumas e desgraças pessoais. A primeira exclusão veio cedo, desde o momento em que cada uma

deixou de ser protagonista da própria vida, uma vez que outras pessoas determinaram os seus destinos: *“eu sentia que eles não tavam contentes comigo, aí me internaram”*. *“... eu tava pedindo muita esmola, eu tava dando mau exemplo ... Quando eu pedia eu lembro que tinha gente revoltada comigo ... eles se revoltaram comigo e me internaram”*. *“Um dia eu joguei uma lata assim redonda que ela guardava arroz nela, eu joguei tudo na cozinha, aí ela mandou eu pegar, e eu não fiz e aí me internou”*.

No espaço psiquiátrico, a falta de relações interpessoais, a marcante relação de poder presente no sistema assistencial, exerce um papel determinante no desenvolvimento da doença em si. A deficiência de reciprocidade nos encontros, poderá ter como resultados, a objetivação da relação, o que BASAGLIA (1985) chama de “cristalização da regressão”, isto é, o paciente encontrará na relação com o profissional, o aval de sua objetivação e desresponsabilização.

Assim, há a expectativa de que o paciente corresponda ao que dele se espera; só que agora em situação permitida “protegida”: *“... eles aqui não têm tanta paciência com nós né, aí o paciente, já é paciente conta mais coisa, faz mais coisa prá ficar impaciente ainda, prá preocupar mais a cabeça, deixa mais impaciente ainda”*. *“... eu parei assim na porta e perguntei se eu podia falar com ele e ele respondeu assim: – “Joana, a sua semana é só a semana que vem”. Mas agora eu tô pensando que eu fui boba, porque eu não sei o que ele falou!”*

Considerando a carreira moral* do doente mental, segundo GOFFMAN (1990), o último passo na carreira do pré-paciente, pode incluir a compreensão de que foi abandonado pela sociedade e perdeu as relações com os que estavam mais próximos. Luíza e Selma falam da primeira entrada no hospital: *“... Chegar num campo estranho assim, chegar num lugar estranho...”*

“Então, um lugar que você não conhece, nunca foi, então eu estranhava, não gostava daqui, queria ir embora. Eu chorava por causa de tudo...”

Hoje, depois de muitos anos de internação, Luíza (há 49 anos internada) e Selma (há mais de 15 anos internada), cada uma, à sua maneira, fala do hospital como último recurso, como asilo e depósito de excluídos:

“Eu primeiro queria ir embora daqui... agora eu não ando mais aí não adianta né? Eu antes queria ir com o meu irmão, mas minha cunhada não quis né? Aí eu tive que ficar”.

“Ah! minha vida hoje tá boa, tá muito boa ... hoje eu já sou mais conformada com as coisas...”

Ao lado da representação do hospital como depósito de excluídos, de albergue, emerge o desejo de habitar num outro espaço:

“Aquele minha colega fala que aqui não é hospital, é descanso... eu acho que aqui é hospital e que tem cama para a gente descansar, mas eu gostaria de descansar lá fora...”

* GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos, São Paulo, Perspectiva, 1990. 112p. O autor se refere aos aspectos morais da carreira, isto é, à seqüência regular de mudanças que a carreira provoca no eu da pessoa e em seu esquema de imagens para julgar a si mesma e aos outros.

Estando o paciente dentro da carreira psiquiátrica, “aceitando” a posição de ser institucionalizado, o percurso de seu destino ou a essência do mesmo, passa a direcionar-se e seguir o destino da categoria dos marginalizados, ou seja, o paciente vive com disciplina a rotina dos que têm o mesmo status (GOFFMAN, 1990).

Tanto Luíza quanto Selma falam de conformação, de consolo e atribuem isso “aos espelhos” que vêem nos outros; assim, vão identificando-se, projetando-se e convivendo com os seus iguais: *“Eu acho que a gente tem que pensar de um modo assim, a gente pensar do lado dos outros também, não do lado só da gente. A gente não vê só o problema da gente e ver o problema dos outros também, o problema daquele, daquele”. “Eu acho que a Cleide, essa que está chamando lá fora, também sofre como eu, e eu tenho dó dela também, eu penso que ela sofre, fica triste, eu tenho dó dela, aí eu me conformo”.*

Rosa e Joana falam do hospital como limite e como punição pelos erros cometidos: *“... ficar assim que nem eu fiquei ... fazendo coisas, extravagâncias prá eles me internarem eu né?” “... eu tô, aqui pagando o meu erro ...”*

Os paradoxos estão presentes o tempo todo. Rosa atribui estar internada devido às extravagâncias que comete. Devaneia, extravasa, divaga, é indesejada e incômoda, mas é no hospital psiquiátrico tradicional onde ela “encontra” os limites, embora suas necessidades não sejam supridas. Percebe-se um antagonismo entre suas necessidades e a eficiência organizativa na qual o serviço oferecido sobrevive enquanto organização social (BASAGLIA, 1982).

O mesmo se pode correlacionar para Joana na busca de realização de seus desejos. Embora tenha cometido o que define como “erro” ou seja, escolheu um outro parceiro (que não era seu namorado) e com ele teve relações sexuais. Frente à situação criada em seu atual meio social (Pensão Protegida), quando as pessoas (o namorado, a equipe que coordena a P.P., a outra moradora) tiveram conhecimento de tal fato, sentiu-se acuada e teve uma conduta que determinou sua volta ao hospital psiquiátrico: *“Eu acho que eu tenho que aprender a não reagir como paciente agitado quando ficar as coisas difícil...”*

Mais uma vez, ela voltou para a “eficiência organizativa” do Serviço. Por um tempo, será rebaixada de “status”, isto é, da Pensão Protegida para o Hospital, terá que esperar a decisão dos que o governaram para resgatar seu antigo posto e pergunta: *“E será que eu paguei todo o meu erro?... Eu fiz as coisas sabendo o que eu fiz”*.

Rosa e Joana, são as pacientes que concretamente têm maior contato com o mundo externo e talvez este seja um dos fatores que as leva à falar da esperança, mesmo sabendo que fazem parte da categoria de doentes mentais.

Rosa parece ter sido também institucionalizada pela família. Ela fala do período no qual esteve com seu núcleo familiar, como se o mesmo também fosse um tempo de segregação no próprio meio. Joana sabe que, nem fora dos muros do hospital estará longe da tutela pois sua única casa é a Pensão Protegida.

Apesar de tudo, elas fazem planos de vida para um futuro, fora do manicômio. Valorizam a liberdade mesmo sabendo que esta pode ser pouca e passageira:

“Eu agora quero me arrumar direitinho, eu tô melhor, eu vou de alta! A enfermeira, a tia Neide falou que é prá eu me arrumar bem bonitinha quando eu sair daqui, quando eu for procurar emprego...”

“O sol nasce para todos aqueles que tem fé e esperança de um dia morar numa casa, na Pensão Protegida”.

Efetivamente, a mudança de espaço físico, de permanência dentro ou fora do hospital, pouco altera o estado de dependência de cada uma. As ausências de autonomia e de liberdade têm como consequência a adesão ao corpo da instituição. Elas vivem e agem sabendo que o fim pode ser a volta à instituição que as referirá como corpo doente. Isto reafirma à incorporação da imagem de si mesmas que a instituição lhes impõe.

Segundo BASAGLIA (1985), o doente passaria então a assumir um corpo institucionalizado que vive como objeto e que, de vez em quando, enquanto não está totalmente domado, tenta reconquistar, através de “acting-outs” aparentemente incompreensíveis, as características de um corpo próprio, recusando a identificar-se com a instituição.

As pacientes estudadas demonstram este fato. Mesmo estando no ambiente psiquiátrico custodial elas, em alguns momentos, fazem “ensaios”,

cometem infrações, transgridem a rotina através de fugas, de desejos explícitos, de linguagens, do uso de adornos ou disfarces que as tornam diferentes. De acordo com os relatos, percebemos que para esses atos, muitas vezes incompreendidos, recebem diferentes respostas, advindas do contexto assistencial psiquiátrico tradicional:

“Eu fugia para encontrar homem lá fora, depois eu achei que era bobagem estar fugindo”.

“... Eu pensei em fazer aquilo lá que eu fiz e depois tomar o café direito e aí não deu certo né. Aí eles amarrou eu, a Socorro e o Mauro ajudou e amarrou minha perna”.

SOUZA (1992) fala do corpo anatômico e do corpo vivido o primeiro é mostrado pela doença, já o segundo é um corpo próprio, corpo sujeito, corpo fenomenal, corpo simbólico e, por fim um corpo humano. “O corpo próprio é o corpo da apropriação, o corpo que me distingue dos outros e do mundo. O corpo sujeito não é um corpo coisa; ele remete à subjetividade que se apropria de maneira autônoma de sua própria vida. O corpo fenomenal é o corpo que percebo e por intermédio do qual me relaciono com o mundo, o corpo da percepção da vida; é, em suma, o corpo com o qual vejo o mundo e, também meu limite, pois sou limitada pelos meus sentidos. O corpo simbólico diz o que estou sentindo, diz o que estou pensando; ele me representa e dá significado ao que faço e falo”.

A importância da consideração de todos estes aspectos relacionados ao corpo favorecem a noção do processo de domesticação lento e de apropriação gradativa pelo qual passa o doente mental institucionalizado.

Vemos que as tentativas de autonomia estão presentes nas narrativas: *“... olha esses panos que eu arrumei no pescoço olha que bonito eu arrumei esse aqui na cabeça olha... Eu gosto porque eu fico diferente né?” “então eu fugia, dava um jeito de fugir e ia para a cidade procurar homem”. “Quando a ambulância foi me buscar, eu pensei que eu vinha mas não queria ficar aqui; mas me trouxeram para cá. Depois dessa vez, eu consegui fugir mais duas vezes, mas das outras vezes eu consegui voltar sozinha, a pé”.*

Estas expressões de desejos, de efetivação de ações, de buscas, de tentativas de fuga do marasmo são demonstrações de quem mesmo sabendo-se com chances diminuídas, nega-se a ter o corpo adormecido e pouco considerado pelo contexto psiquiátrico. Nesse conjunto, as manifestações de protestos acontecem em menores proporções, embora existam contradições entre elas, as mesmas são vencidas pela organização e pela prevalência das normas pertencentes a uma Instituição que é, por sua vez, a própria representação longínqua da sociedade à respeito da loucura e ou doença mental.

“Vida Cansada, Coração Desgastado e Desgostado”

Qualquer que seja a sua origem e qualquer que seja o modo como foi vivida, a dor rompe o ritmo habitual da existência, produz descontinuidade suficiente para lançar novas luzes sobre as coisas (NATOLI, 1995).

Os poetas conseguem contar muitas facetas dos sentimentos vivenciados na experiência de dor. Na literatura, na música, no teatro, na escultura, enfim, nas artes de todas as épocas ela tem estado presente, deixando a idéia de que é nuclear, própria, inusitada e que faz parte da condição humana.

A dor é portanto reverenciada como experiência única, revestida de potencialidades humanas que revelam o que foi vivido dentro de cada um.

Entretanto, na ciência ela não é muito tratada, a não ser a dor do ponto de vista orgânico e mesmo assim, desconsiderando o fato de que toda dor, física ou psíquica, é vivenciada por uma subjetividade, é um fenômeno humano de nível psicológico (BLEGER, 1989).

Refletindo sobre a psiquiatria e a psicologia do início do século, PERESTRELLO (1989) considera que a obstinação organicista que impregnava estas ciências explicava o fato das neuroses não receberem a devida atenção, em detrimento das psicoses. Afirma então que “...depreende-se facilmente que tal direção (organicista) conduzia quase que exclusivamente para as psicoses; as neuroses, isto é, as desarmonias praticamente limitadas aos sofrimentos íntimos, aos sentimentos (e por isso mesmo de muito menor exteriorização), eram relegadas ao plano secundário”.

Para este autor, o panorama modificou-se com o advento da psicanálise; seu objetivo não era descrever os doentes mas encontrar formas de compreendê-los, tratando suas angústias e seus sofrimentos mais íntimos, mesmo que não visíveis, não demonstráveis e não mensuráveis.

Apesar da grande penetração cultural do pensamento psicanalítico, hoje ainda as práticas assistenciais baseiam-se fundamentalmente no discurso organicista. Este contém uma concepção de doença mental como fenômeno que ocorre dentro do espaço corporal individual, ou seja, uma visão mecanicista e elementarista (TSU & TOFOLO, 1990).

A produção científica acompanha esta tendência. Para SANTOS (1989), a mesma ainda é voltada para um modelo de racionalidade que restringe o campo de compreensão dos fenômenos.

Assim, a subjetividade e os fatores sociais são pouco considerados, havendo uma redução do sujeito à um corpo danificado. No entanto, os sujeitos, trazem nas narrativas durante todo o tempo, o universo dos sentimentos.

A palavra dor quase não é citada, e sim a palavra sofrer. O sofrimento é tecido nas histórias de um modo pessoal, atribuído aos fatos e às amarguras vividas os quais foram tomando diferentes formas para cada sujeito, construindo textos, teorias que falam de si, com significados e sentidos próprios.

Ocupando-se do doente e não da doença, o profissional terá que considerar o corpo vivido e é neste último, que pode encontrar o fundamento e a expressão da dimensão do sofrimento que cada paciente traz num corpo

sofrete, numa subjetividade historicamente determinada, portadora de passado, presente e futuro, que se interroga sobre as transformações incompreensíveis, incontroláveis e dolorosas que é constricto a suportar (MAFFEI, 1993).

No entanto, a escuta pode dar espaço às linguagens que expressam o sofrer pessoal. Essas, provocam ruptura com a disciplina e quebram a ordem tão comum no funcionamento regular da Instituição.

Selma, ao iniciar a narrativa de sua história pessoal, mostra a tristeza que paira sobre sua vida: *“A minha vida triste, muito cansada”*.

O abandono, a ausência de família, as faltas foram e são vivenciadas em um percurso de mágoas, pesares e descontentamentos: *“... o desgosto vai desgostando o coração, aí foi desgastando, fica triste”*.

Joana ressalta as questões de solidão e falta. Estas fazem parte de sua trajetória e a deixaram desprovida para o enfrentamento da realidade: *“... eu fiquei sozinha, fiquei com medo ... eu andei pela rua, eu andei pela vida assim, sofrendo falta pelo mundo”*.

Rosa, a única paciente que se refere à palavra dor para expressar os sentimentos, a configura como uma tristeza que traz no coração: *“... é como um fiozinho assim ó, dói e sai daqui do coração ... Eu tenho tristeza de ser paciente, dói aqui dentro assim...”*

Luíza tem nas lembranças de fatos tristes de sua história de vida, reverberações de pensamentos incômodos que a fazem sofrer e culpar-se: *“Sabe porque eu choro aqui, eu encasqueto na cabeça e não durmo de noite, eu arrependo de ter feito isso”*.

Para saber, é preciso escutar. Isto propicia o rompimento do muro de silêncio no qual vive o doente mental, abafado e constricto juntamente com o seu sofrimento psíquico. Na escuta, emergem teorias vivas, próprias, com sentidos e dimensões pessoais, inseridas nas experiências de cada sujeito.

LINGIARDI & MAFFEI (1994) consideram que para não congelar-se em forma de morte psíquica, a experiência de dor requer a presença do outro; ou se grita ou se está em silêncio, mas a presença do outro é imprescindível: “o rosto do paciente pode me aproximar ou dar-me resistência, coloca-me em confronto com minhas possibilidades e meus deveres, interroga minha competência, exige que tome posição sobre o método, o estilo e a condição da terapia”.

Assim, a relação humana, interpessoal e terapêutica é o veículo para a compreensão das necessidades sentidas que constituem-se num leque amplo e plural. Ela possibilita a dimensão simbólica do sofrer para quem sabe integrá-lo e elaborá-lo.

Quando a assistência é voltada para o modelo organicista, onde há a consideração do corpo como objeto a reparar, os pacientes implicitamente ou explicitamente pedem a reintegração ou a consideração do corpo vivido de um modo simbólico, pleno de significados. Isso emerge à medida em que os sujeitos sentem-se acolhidos e ouvidos.

Luíza, ao sentir-se atrofiando, vendo o seu corpo encolher-se dia-a-dia (conduta que manteve durante toda a vida), relata a dor explicitada no corpo, através de modificações do mesmo: “... *ela está tudo encolhidinha, não anda*

mais ... A Raquel está encolhida o corpo todo ... Não andar a gente sofre agora é que aumentou meu sofrimento”.

Dessa forma, vemos que para as pacientes, o corpo vivido é lembrado como portador das dores vividas e estas podem ou não estarem explicitadas. Joana considera que o sofrer pode trazer marcas no rosto:

“Eu acho que uma pessoa assim fica com o rosto acabado! ... o meu rosto não é muito acabado... mas eu acho que pode também estar sofrendo por dentro e não estar mostrando no rosto... É isso, porque eu já sofri por dentro e não mostrei no rosto!... É uma pessoa de vida sofrida, muito sofrida por dentro, mas ela não mostra no rosto”.

Rosa fala de um sofrer localizado no coração: *“Dói o coração assim... dói aqui dentro assim... dá uma coisa de dor assim dentro de mim, é tristeza, aí eu canto”.*

Ela denomina-se extravagante, criativa e, na sua originalidade, vai utilizando-se do que chama “disfarces”, na tentativa de encobrir os sentimentos:

“... se a gente mostra tristeza não dá prá continuar vivendo, porque se eu mostro mais tristeza dobra a dor da gente né?”

Selma, embora tenha no coração o símbolo de dor, fala do sofrer como se fosse este o seu estado permanente; ela se dói inteira, o seu coração é desgastado: *“... o desgosto vai desgostando o coração, aí foi desgastando, fica triste”.*

Ao contar a estória do desenho produzido, ela deseja que a natureza dê luz ao coração: *“... o sol, a lua, a estrela, brilhando no seu coração, também, brilha no meu coração”.*

Dessa forma, observamos que a expressão da dor pede uma linguagem. O repercutir, o refletir da experiência individual da dor, permite a quem sofre comunicá-la e a quem escuta, reconhecê-la e compreendê-la (NATOLI, 1995).

As narrativas podem conter metáforas, metonímias, figuras de linguagens que, de maneira direta ou indireta, trazem o sofrer contido nelas. Mas a comunicação muitas vezes, fica perdida na confusão das diferentes linguagens utilizadas por profissionais e pacientes. Isso tem como consequência, a inexpressividade das necessidades, a incompreensão, ocasionando maior sofrimento psíquico.

RODRIGUES (1993) fala de fatores que afetam as comunicações nas relações enfermeiro-paciente lembrando a pré-disposição de cada um, ante a experiência; a posição e o papel de cada membro; as intenções e perspectivas, além de ressaltar a importância do contexto onde ocorrem as comunicações.

O contexto nosocomial é cercado de poder, de faltas, de alienação de segregação e dessa forma, dificulta a existência de relações terapêuticas adequadas.

O sistema atual de assistência psiquiátrica favorece a ausência de sensações, e o vazio vem ocupar o lugar da falta. A apropriação do corpo pela instituição, pode levar à perda do senso vital da existência, transformando o sujeito em entidade reiterada ou seja, um corpo sem tempo, inanimado, que é desconsiderado em seu sofrer (LINGIARDI & MAFFEI, 1994).

Os sujeitos deste estudo mostraram este processo nas narrativas. Luíza fala do tempo como se para ela, o mesmo passasse sempre igual, sem acréscimos que lhe trouxessem o inusitado nas datas, nos meses, nos anos... *“Agora vem o Natal que é na outra segunda-feira, depois Ano Novo, Carnaval, depois quarta-feira de cinzas... depois Semana Santa. E eu peço e rezo para ninguém brigar comigo...”*

Para ela, o que pode quebrar esta rotina, são as brigas, os desentendimentos, as incompreensões contidas nos vários níveis de violência, também rotineiras no espaço manicomial.

Desde o momento da internação o paciente é agredido através da retirada dos objetos de uso pessoal, do uso de uniforme, da ausência de privacidade. Isso o conduz à uma postura de distanciamento, de afastamento, de alienação, ou de força, de agressão como forma de se relacionar com o mundo do hospital. Assim, a briga pode emergir como tentativa para espacializar-se dentro do contexto manicomial (SCATENA, 1991).

BASAGLIA (1985) lembra que o doente mental sofre sobretudo por ser constrangido a viver de maneira aproblemática e adialética, ocupando o espaço que lhe é concedido: o espaço de uma só dimensão. Este espaço sempre é cerceador e limitador para as pessoas que o habitam e seu efeito vai provocando diferentes condutas que vão sendo consideradas conforme o modelo de assistência vigente. Mas, as pacientes mostram como a unilateralidade da dimensão do espaço é sentida: *“Só mulher aqui dentro a gente fica louca!” “... fica*

assim muito preso, eu gosto é de liberdade, da natureza, não gosto de ficar fechada assim". "... liberdade de falar o que quer, de contar, de ter alegrias, de não ficar assim internada né?" "... eu não gosto de ficar embaixo de uma ordem muito séria porque coisa muita séria não tem nem sinal de alegria".

Joana falou dos conflitos vividos no cotidiano da Pensão Protegida. Apesar de sentir que não era querida por uma das colegas com quem dividia aquele espaço, demonstrou sua preferência por viver naquele local.

Referindo-se ao hospital psiquiátrico, ela utilizou-se de metáfora ao enfatizar a necessidade de outro espaço para viver. Contou do paciente que fechava os passarinhos bonitos na gaiola: *"Fechando os passarinhos na gaiola, mas eu achava isso errado mas não falava nada, mas aí o Tibúrcio falou para ele não fazer isso, porque os passarinhos têm de viver né? Tem que viver, que nem a gente! Eles têm que voar..."*

Os sujeitos referiram-se a muitos gritos, medos, choros e, lamúrias, as narrativas relacionam-se aos sentimentos oriundos de relações desiguais, de poder e lembram um tempo de tortura *"Eles me amarravam, eu tomava muito choque, era triste... (...) Eu tinha medo que só!" "... eu batia a cabeça no chão, ou então eu pegava a gritar, ficava chorando e gritando: – Eu quero ir embora, eu quero ir embora..." "Eu chorei e gritei até quando me prenderam no quarto forte... até hoje eu grito e choro quando brigam comigo... Eu chorava, esperneava, gritava, eu sei lá o que eu fazia mais lá... Eu chorava muito, ficava desesperada, credo!" "... quando me amarra na cama é que dói sabe? Aqui assim e eu choro..."*

Geralmente, as respostas às expressões de sofrimento psíquico vieram através de tentativas de silenciar, abafar ou postergar os sentimentos. Podemos pensar que as atitudes contrárias às normas, são tratadas pela assistência psiquiátrica tradicional como fatos incomuns que requerem emergência nas ações e essas frequentemente surgem como restauradoras da ordem local.

A palavra emergência, além de outros significados, tem também o sentido de nascimento, de emergir, de sair de onde estava mergulhado.

Quando a ação de resposta que se caracteriza vem como mantenedora e restauradora da ordem, obscurece e invalida as tentativas de solicitação de ajuda por parte das pessoas que necessitam dela além de desconsiderar o sofrimento psíquico engendrado nas diferentes condutas.

As concepções etiológicas dadas pelos sujeitos sobre a loucura e as teorias surgidas sobre o sofrimento psíquico, têm fatores psicossociais, ou seja, são conseqüências de fatores ocorridos em suas trajetórias de vida, podendo então ocorrer a qualquer um. Isso contradiz a abordagem da loucura ao nível biológico. Tal abordagem se dá através da abstração e do distanciamento e tem como resultado a concepção de que a loucura é algo que só pode ocorrer ao outro, tornando-se assunto alheio (TSU & TOFOLO, 1990).

Observamos também que a abstração e o distanciamento não são válidos para o paciente.

Selma traz essa questão ao falar de seus sentimentos e atitudes quando chegou ao hospital e ela insere “o outro” indagando: *“Quando eu cheguei aqui novata, aí você já viu né? Chegar num campo estranho assim, chegar num lugar estranho, você não estranha?”*

Embora todas as pacientes falem de tristeza e tenham a mesma como elemento e sentimento constante nos cotidianos, parece que há um sofrimento latente que os medicamentos ou quaisquer outras terapias, poderão somente acalmar.

Junto a isso, a palavra acostumar surge com frequência, fazendo ligação entre a dor da tristeza e o acostumar-se com ela.

“A gente, mesmo na estrada não se acostuma com as coisas, não dá tempo” (GUIMARÃES ROSA, 1984).

Subjetivamente, os mecanismos defensivos são utilizados e neles escondem-se os dramas interiores de cada ser que sofre. Nas narrativas onde o acostumar-se é muito presente, percebe-se também a contradição demonstrada pela vontade de ter uma condição de vida diferente. Isso nos leva a pensar: pode alguém habituar-se à dor? *“É eu acostumei aqui. Eu não queria ficar aqui, agora eu acostumei...” “... não me consolava, chorava, chorava hoje eu sou mais conformada com as coisas”. “... aí eu voltei prá cá de novo, eu queria morar lá né? Mas eu aqui também tá bom...”*

Segundo GOFFMAN (1990), os rebaixamentos, as degradações e as humilhações do eu, ocasionam mudanças radicais na carreira moral; a mesma

passa por modificações nas crenças que os sujeitos têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele.

A separação entre o internado e o mundo de fora dura muito tempo, ocasionando ruptura de papéis anteriores, propiciando perdas, faltas, abandonos, culpas, tristezas: *“Eu sinto falta, choro; de primeiro eu só andava chorando, eu sinto falta, eu sinto solidão, mágoa das coisas que já me aconteceram na vida”*.

Para GOFFMAN (1990), se os fatos do passado e do presente de uma pessoa são extremamente sombrios, o melhor que se pode fazer é mostrar que não é responsável por aquilo que veio a ser; então, a expressão história triste é adequada. Quanto mais o passado de uma pessoa a afasta de concordância aparente com valores morais centrais, mais parece obrigada a contar essa história triste .

Entretanto, parece que os sujeitos sabem que suas histórias não têm muito valor na dimensão unilateral institucional e as reverberações das histórias, perdem-se na solidão e na ausência de trocas próprias do ambiente: *“... eu sinto um aperto aqui assim, aí eu choro, eu sinto tristeza quando brigam comigo eu grito mais que a Telma, às vezes eu falo muito, às vezes eu falo sozinha até porque não tem alguém com quem eu posso falar aqui”*.

TSU & TOFOLO (1990) falam da consideração de um núcleo não alienado que emerge no momento da entrevista, ou seja, o paciente quando interpelado como sujeito, recupera a sua condição de sujeito e ser social.

Rosa, ao sentir-se ouvida, deixou de expressar-se com voz infantilizada e num momento da entrevista relata “... a gente é pessoa...”

Joana sentiu-se importante ao saber-se integrante desta pesquisa; ao mesmo tempo que “cobrou” um retorno, um resultado. “*Eu tô pensando que coisa eu faço parte do seu livro, eu sou importante ou não né? Eu quero vê depois de pronto assim*”.

Os sujeitos foram narrando e evidenciando teorias que nos levam a considerar as dores advindas de cada percurso, com o imaginário rico, subjetivo, próprio das experiências vividas entrelaçadas num mundo pleno de sentidos. Estes só poderão ser captados através da atenção, do acolhimento, da compreensão à pessoa e à sua linguagem.

“São as palavras as que cantam, brigam, as que sabem e buscam... brilham como pedras coloridas, saltam como peixes de prata, são espuma, fio, metal, orvalho... são tão belas... tudo está na palavra... sombra, dor, transparência, esperança, pesos, plumas, pêlos”.

(Pablo Neruda)

CAPÍTULO VI - A PALAVRA TEORIA: BUSCANDO SIGNIFICADOS

A PALAVRA TEORIA: BUSCANDO SIGNIFICADOS

*Que dor? Não sei. Quem sabe saber o que sente?
Nem um gesto. Sobrevivo apenas ao que tem que
morrer (...) feliz dia para quem é o igual do dia.
E no exterior azul que vê simples confia! (Fernando
Pessoa)*

A palavra teoria, possui vários significados, entre eles, conhecimento especulativo meramente racional, conjunto de princípios fundamentais de uma arte ou de uma ciência, opiniões sistematizadas, doutrina ou sistema fundado nestes princípios, noções gerais sobre um assunto, suposição, hipótese, utopia, quimera.

Em virtude disso, sempre temos uma idéia teórica a respeito de um conhecimento, de um assunto, ou de uma suposição. No que diz respeito à Representação Social, esta teoria elabora-se à partir da vida, das experiências vividas, plenas de substratos afetivo-emocionais. As experiências vão além da sensorialidade trazendo para os relatos a própria condição humana.

Para MOSCOVICI (1978), o conjunto de sistemas com lógica e linguagem particulares, a estrutura de implicações assentadas em conceitos, valores pessoais e grupais, caracteriza/compõe as Representações Sociais. Estas podem ser consideradas como “teorias” do senso comum, como ciências coletivas “sui generis”, pelas quais se procede a interpretação e a elaboração do real, construindo assim, realidades sociais. Este autor reitera que as Representações Sociais, por seu poder convencional e prescritivo sobre a realidade, constituem o pensamento no ambiente onde se desenvolve a vida

cotidiana e esta, através das interações sociais, “produz e comunica incessantemente suas próprias representações e soluções específicas para as questões que se colocam a si mesmas”.

Nessa perspectiva, as teorias trazidas pelos sujeitos deste estudo, pacientes psiquiátricos institucionalizados, não são somente idéias. São basicamente frutos de acontecimentos humanos. São experiências elaboradas e tecidas no contexto onde foram vividas e sentidas por cada um, de forma única, subjetiva. São produtos do entrelaçamento de fatores que influenciam-se entre si, articulam-se como fios que vão tecendo e compondo uma tela, formando as trajetórias vividas. As colocações dos sujeitos são então embasadas no concreto de suas próprias vidas.

Considerando as Representações Sociais como fenômenos humanos, estas podem também ser vistas como condutas ou manifestações.

Para BLEGER (1989), as manifestações do ser humano são entendidas como unidades significativas. Ao conjunto dessas manifestações que integram uma unidade significativa denomina-se *conduta molar**. As manifestações ou condutas humanas podem expressar-se de modo simbólico, corporal ou como atos concretos, em âmbitos individual, sociodinâmico ou institucional.

* Segundo BLEGER (1989), a conduta molar é uma totalidade organizada de manifestações, que se dá com uma unidade motivacional, funcional, objetual, significativa e estrutural. Seus caracteres, são: 1) Ter motivação, quer dizer, que tem causas, que está determinada; 2) Unidade funcional, possuir função, finalidade ou objetivo: resolver as tensões produzidas pela motivação; 3) Possuir objeto ou fim, que é sempre um vínculo, uma relação interpessoal, real ou virtual; 4) Possuir uma unidade significativa, quer dizer, ter um sentido que se implica compreensivamente como acontecer humano na personalidade total e na situação do qual emerge; 5) Ter estrutura implicar uma pauta específica de relação.

De acordo com AIELLO-VAISBERG (1995), as Representações Sociais corresponderiam a um grupo particular de condutas definidas por ocorrerem na área mental e no âmbito sociodinâmico, na medida em que correspondem a manifestações simbólicas de subjetividades grupais.

Segundo a autora, esta consideração é possibilitada por uma visão da psicanálise que não restringe o conceito de subjetividade ao domínio da personalidade individual, ou seja, a idéia de subjetividades coletivas ou grupais origina-se da leitura dialética da obra de Freud. Esta articulação vem sendo feita há décadas por importantes autores.

AIELLO-VAISBERG (1995) enfoca a consideração de que o ser humano é, em essência, social e que a própria personalidade individual é produto do desenvolvimento histórico e não um dado primário.

PICHON-RIVIÈRE (1991) considera a pessoa como sendo a resultante da relação dialética entre ela e os objetos externos e internos. Para este autor a investigação psicanalítica se complementa com a investigação social orientada nas direções psicossociais, sociológicas e institucionais. Porém não existe entretanto, uma separação clara entre os campos de investigação; os mesmos vão se integrando sucessivamente, evidenciando que o sujeito é representante de um grupo e este por sua vez representa o próprio sujeito.

O Ponto de Vista das Pacientes Organizado como Teorias - Manifestações e Percursos da Loucura

Segundo ALEXANDER & SELESNIK (1968, p. 28), as três tendências básicas no pensamento psiquiátrico, podem ser traçadas desde hoje até os tempos mais antigos: a) a tentativa de explicar as doenças da mente em termos físicos, isto é, o método orgânico; b) a tentativa de encontrar explicação psicológica para as perturbações mentais; c) a tentativa de lidar com acontecimentos inexplicáveis por meio de magia”.

Para os nossos sujeitos, o louco é aquele que não consegue elaborar as idéias e sofre um comprometimento no âmbito do pensamento. Todavia, nos relatos ouvidos, quase não aparece a palavra loucura. Existem opiniões que convergem para a idéia de um adoecer adjetivado encontrando-se então, referências a um estado de adoecer, estado que ocupou ou ocupa algum tempo na vida de cada pessoa.

Selma menciona a “paciente piradinha” e explica “aquela que não fala coisa com coisa”; Luíza acha que não é louca, diz ser doente mental; Joana diz conhecer um paciente que “não sabe o que faz” e repete algumas vez: “a gente não é louca...”; Rosa diz ser “ruim da cabeça”, ter “idéias extravagantes” e considera-se iluminada.

Cada paciente elaborou a sua teoria psicopatológica e sintomatológica sobre a loucura e ou doença mental, a internação e o sofrer psíquico, o que nos leva a interrogar: Para os sujeitos, o que seria essa “doença mental?” Qual a sua causa? Como se manifesta?

Para Selma, experienciar fatos tristes contidos em sua história de vida, os quais denominou “triste passagem e triste paisagem” desencadeou o seu processo de adoecer. A partir da morte do companheiro, considera que “não estava bem da cabeça”. Para ela, este estado esteve interligado pelas emoções, tristezas e perdas sentidas naquele momento de fragilidade, no enfrentamento da realidade e em decorrência disso conclui: “eu peguei e fiquei doente”.

Selma ainda faz alusão ao sobrenatural, ao que chama de “coisa feita”, “coisa mandada” tentando explicar ou entender o que lhe sucedeu. Para ela, os acontecimentos difíceis de sua trajetória foram influenciados por forças malignas às quais denomina de “encosto”; estas contribuíam para que ouvisse vozes e conseqüentemente ficasse pior.

Rosa também menciona o sobrenatural, porém o faz não como fator que influenciou a loucura e ou doença mental, mas como um aspecto que lhe foi adicionado, ou seja, este estado de doença mental, lhe trouxe a iluminação. Ter idéias extravagantes, devanear, extravasar, contribuíram para que se tornasse iluminada, adjetivo outorgado pela Igreja Universal.

Desta forma, faz uma articulação entre fatores psicossociais, místicos e, em um momento, menciona o fator orgânico ao contar da irmã “...

ela tem a cabeça igual a minha”, o que sugere a idéia de mal formação congênita, algum defeito que não consegue entender ou explicar.

Assim, explicações de caráter orgânico, ainda que presentes em seu discurso, não aparecem de maneira enfática.

Segundo Rosa, os conflitos emocionais vão se sucedendo e o seu acúmulo produz excesso de fantasias que pedem para ser extravasadas. Em consequência, ela vagueia, divaga e extravia-se com tantas idéias. Passa a pensar, falar e fazer o que deseja. Este estado lhe confere a capacidade de ser criativa. Assim, ela faz tentativas de comunicar coisas que sente, as quais acabam permanecendo na ordem do indizível, do incompreensível e, estes aspectos, a rotulam cada vez mais.

Luíza pensa que foi muito maltratada pela vida, atribui seu destino aos acontecimentos vividos na infância, às perdas sucessivas de objetos importantes, à violência sexual sofrida e à relação incestuosa com o pai, ao assédio sexual de outros homens, ao abandono à incompreensão das pessoas mais próximas. Tudo isto a deixou sem escolhas.

Após quase cinquenta anos de convivência com o ambiente da loucura ela diz: *“... mas eu não sou louca, eu sou doente mental”*. Para ela, as circunstâncias da vida tiveram influências determinantes em sua história e na sua “doença mental”. Assim, essa é identificada e associada à sobrecarga de sofrimento psíquico que se reflete nas ações de sua dramática.

Luíza pensa que o drama vivido na infância a deixou nervosa, passou a pensar demais no passado e preocupa-se em demasia no presente.

Assim sendo, a sintomatologia refletida em suas ações, passa a corresponder ao que lhe é atribuído, tanto pelo ambiente social e institucional como também pelo seu mundo interior.

Joana também traz a questão do pensamento excessivo como fator psicopatológico, ressaltando que pensar em demasia no passado, no presente e temer o futuro foram determinantes para a trajetória marcada pela longa permanência no manicômio.

Joana acha que desde sua pouca idade, experienciou muita falta, muito abandono, muita desproteção. Isso a fez vagar literalmente pelos caminhos percorridos *“... andei, andei, sofrendo falta pelo mundo afora”*. As circunstâncias tiveram influência em sua *“doença mental”*.

Dessa maneira, Joana destaca os problemas emocionais vividos, o desamparo, o trauma psíquico provocado pelo assédio sexual do pai adotivo, as relações afetivas mal sucedidas o fato de ver-se só no mundo e, responsável por três crianças de pouca idade e portanto, dependentes dela. Tudo isso somado, lhe trouxe preocupações excessivas e uma conseqüente busca de proteção. Dessa forma, vemos nessas preocupações excessivas, pensamentos fortes de lamento do passado, sentimentos de impotência, de temor do presente e do futuro. Para Joana, pensar em demasia ocasionou-lhe problemas e, nessa época, ela não sabia mais o que estava fazendo. O desequilíbrio emocional vivido

levou-a ao primeiro contato com o hospital psiquiátrico. Todavia destaca com clareza seu pensamento de que naquela época esteve doente, mas apesar das intervenções pouco terapêuticas e iatrogênicas sofridas nos longos anos no mundo da loucura, conseguiu não enlouquecer.

Neste contexto, os sujeitos trouxeram concepções etiológicas de diferentes naturezas onde cada qual elaborou uma teoria psicopatológica, ou seja, as causas atribuídas possuem características próprias, originais, no entanto, todas têm como principais determinantes, fatores psicossociais.

Quais seriam então para nossos sujeitos, as conseqüências da loucura e ou doença mental? Quais os percursos percorridos?

Para Selma, a internação psiquiátrica trouxe como conseqüência o afastamento do mundo das relações afetivas e sociais. Afastou-se dos filhos e, mais tarde perdeu a mãe e o pai; sente-se abandonada pelos irmãos e frustrou-se na tentativa de conseguir um trabalho no período de alta hospitalar. Na estória do desenho livre contou: *“Essa árvore ... tá sofrida, se não aguar ela morre”*.

Pensa que o tratamento recebido não é eficaz e adequado para suas necessidades, ao contrário; fugiu do hospital muitas vezes, procurou os irmãos, mas também não encontrou o que buscava *“Lá não tava do jeito que eu deixei, não tava bom lá (...) tava tudo ruim...”*

Entretanto Selma é ambivalente quanto a assumir a identidade de doente mental, mas ao narrar a constatação das conseqüências de seu percurso

de “doente mental” demonstra o quanto isso lhe é difícil: *“Eu tava tão revoltada que não tolerava eu mesma, eu não queria viver, eu queria morrer”*.

Considera-se curada e a “cura” veio através do Dr. Mateus, que conseguiu perceber que ela não tinha apoio: *“era só dava remédio, dava remédio, dava remédio, não tinha melhora...”* Este médico a levou ao Centro Espírita afastando o “encosto” que a perturbava. Assim, a intervenção de âmbito espiritual, a atenção dada pelo Dr. Mateus, juntamente com a medicação recebida (embora esta para ela tinha uma valoração menor), foram importantes para a “cura” *“... aí o Dr. Mateus foi me dando conselhos, me dando passe, aí eu sarei (...) aí eu melhorei, eu fui tomando os meus remédios aqui”*.

O hospital psiquiátrico para Selma tem o significado de último recurso, de retaguarda, de abrigo para uma existência que denomina “vida cansada”. De acordo com Selma ela é portadora de fracassados e de pobreza generalizados já que faz também forte alusão às condições sociais. Tudo isso produz nela o sentimento constante de tristeza, de solidão e de falta.

A subjetividade é mencionada quando considera os fatores que influenciam os diferentes motivos de sofrer: *“cada uma eu acho que sofre de muito jeito né? Ou é porque não tem família, ou porque é ruim da cabeça, toma remédio forte né?”*

Hoje Selma pensa que o longo tempo de manicômio lhe trouxe certa “sabedoria” porque não mais tem ilusões ou fantasias sobre conseguir um outro jeito de viver e sente dó da paciente que ainda tem esperanças. Para ela, a

vida na instituição tirou-lhe as possibilidades de ter expectativas, de aguardar novidades, de ter confiança ou fé na própria vida e isso trouxe como consequência a elaboração de outras teorias de viver, de ver o outro.

Assim, seu processo de desesperança e desilusão inexorável foi construído nas vivências subjetivas e nas experiências de vida, reais e concretas.

Rosa parece ter assumido a identidade de “doente mental”, correspondendo ao que lhe é espelhado tanto socialmente quanto institucionalmente. Deixa evidente o quanto sente-se incompreendida pelos contextos nos quais vive; sente-se excluída pela família, pela sociedade, pela instituição e sabe que é incômoda a todos. A extravagância adicionada à iluminação divina, conduziu-a pelo mundo da loucura e, conseqüentemente, pela carreira psiquiátrica: *“aí começou prá lá e pra cá, não parou mais”*. O fato de ser “ruim da cabeça” e ter idéias extravagantes e criativas incorre em excesso de imaginação. Isto a conduz ao mundo da desrazão, e a sobrecarga desse mundo imaginário a domina e a leva à devaneios. A recuperação da razão poderia ser conseguida no hospital psiquiátrico, no qual ela seria interditada, limitada. No entanto já dentro do manicômio ela vive literalmente a contenção, fala da dor que sente quando está amarrada; mesmo não conseguindo, parece saber que precisa ser “paciente tranqüila” porque se não for assim, haverá repercussão negativa em sua vida de doente mental.

Rosa demonstra ter conhecimento da impossibilidade de conter a natureza humana.

Há lástima em sentir-se diferente como se a dor sentida fosse um preço a pagar pela própria diversidade “... *eu não queria ficar assim né? (.....) às vezes eu fico triste por dentro*”. Este estado de tristeza, consequência de seu intenso sofrimento psíquico, a deixa nervosa e a faz ter atitudes que a conduzem novamente ao hospital psiquiátrico ou quando já dentro dele, às punições e aos corretivos que a fazem sofrer mais e reflete “..... *eu sinto que tá faltando um pouco de paciência com nós aqui ...*”

Por outro lado, demonstra ter adquirido para si mesma, a visão de quem a observa, embora apele incompreensivelmente para que descubram e decifrem os “disfarces” utilizados dizendo “*Eu tô disfarçada hoje eu sou eu mesma*”.

O resultado da dramática vivida a ajuda na construção da teoria do sofrimento baseada na tristeza de ser doente mental e sofrer na pele suas consequências. Rosa não acredita em cura e pensa em sugerir ao hospital que ceda um espaço para sua família habitar, já que são pobres e pagam aluguel. Entretanto, tem idéias esperançosas quanto a poder conviver socialmente mesmo sendo e sentindo-se diferente.

Do ponto de vista de Luíza, as consequências da loucura e ou doença mental foram o afastamento e a exclusão do mundo social e afetivo.

Considera-se traumatizada pelos acontecimentos vividos em sua história. Estes a deixaram nervosa, passou a ter atitudes indesejadas e a

incompreensão do contexto a levou ao hospital psiquiátrico ainda adolescente, fato que veio subtrair suas chances de viver uma vida diferente.

Para Luíza, essa somatória a conduziu à rebeldia e, seus atos no interior do espaço do manicômio, provocaram os “tratamentos” que a faziam sofrer ainda mais. *“Eu tomei muito eletrochoque, qualquer coisa era eletrochoque”*. Da mesma forma, enfrentou várias permanências no quarto-forte.

Ela não considera as respostas à sua conduta, dadas pela instituição psiquiátrica, como tratamento; ao contrário, estas são mencionadas como castigo, como punição, como violência; refere-se a todo esse processo como “judiação”.

Dessa forma, o tratamento desejado está muito distante da assistência recebida até então. Sua teoria sobre o sofrer psíquico é caracterizada pelas culpas, pelas recordações de fatos tristes, incômodos, por pensamentos plenos de temores e a idéia de ser vítima do próprio pecado. Ela tenta eximir-se mesmo que superficialmente dos supostos erros cometidos dizendo *“... eu não sou louca, eu sou doente mental”*.

Para ela, as circunstâncias vividas foram responsáveis pela eclosão da loucura ou do sofrimento psíquico intenso que resultou em atitudes tidas como “loucas”. A internação transformou-a em doente mental e hoje vê-se cronificada e como se o tempo tivesse cronificado sua loucura.

A opinião de Joana sobre as conseqüências da loucura e ou doença mental, articula-se perfeitamente com o ponto de vista de Selma, Rosa e

de Luíza sobre os assunto. A exclusão, a segregação e o afastamento do mundo social e afetivo, trouxe a todas o empobrecimento das relações e inúmeras perdas.

Joana, no entanto tece sua teoria de internação baseada na ausência de liberdade e pensa que a mesma lhe trouxe perdas de direitos, de voz, de escuta e correlaciona todos estes fatores a um tempo de punição.

O desequilíbrio emocional vivido, determinou sua primeira internação; nessa época considerou que estava doente.

Os tormentos contínuos sofridos no período de internação como eletrochoques e quarto forte a deixaram esquecida, adormecida por um período de doença. Mas ela acredita ter-se recuperado e superado este estado de doença; tenta resgatar a dignidade pessoal e fazer da doença, uma situação transitória e circunstancial, apesar dos tratamentos inadequados para suas necessidades. Na sua opinião, a psiquiatria agravou seu difícil percurso de vida; embora sinta-se sobrevivente, fala de esperança, de possibilidades de mudanças sociais e afetivas da própria existência.

Mesmo não tendo a fórmula adequada para o tratamento, ela não acredita na assistência tradicional “... devia ter um outro jeito de tratar”.

Assim sendo, ela vive hoje a ambivalência do próprio sistema. Na produção do desenho, projetou o seus desejos de “Ter fé e esperança de um dia morar na pensão protegida”. Assim, Joana aspira a liberdade para si e para os outros, mas não consegue ver-se livre de qualquer tutela.

Joana tece sua teoria de sofrer psíquico, embasada no medo, na solidão e na falta que a acompanham desde a pouca idade. Mesmo tendo vivido muito tempo no hospital, o tratamento e a terapêutica psiquiátrica não conseguiram tratá-la ou tocá-la propiciando assim catarses que poderiam ter-lhe aliviado as dores e conclui: “... *minha vida ... sempre sofrendo falta pelo mundo...*”

A partir das teorias trazidas pelos sujeitos, é possível dizer que os mesmos, referem-se à loucura como sendo a expressão da pessoa que não sabe o que faz, enquanto a doença mental é entendida como expressão de intenso sofrimento psíquico advindo de contextos vividos por cada uma (Luíza e Joana).

Adicionada à essa idéia, Selma traz também a interferência do sobrenatural (entidades espirituais) e Rosa acredita sofrer influência da iluminação divina; em um momento fala, mas não acentua a idéia de que a irmã tem “um defeito na cabeça” sugerindo, mesmo que superficialmente, causa orgânica.

Para todas as pacientes ouvidas, as formas de tratamento são ineficazes, podendo vir a ser iatrogênicas. Mencionaram a medicação psiquiátrica continuada, as aplicações de eletrochoque sofridas no passado, a utilização de quarto-forte, assim como as contenções. Todas as terapêuticas recebidas, segundo as pacientes, ao invés de promoverem a saúde, induzem à doença mental, aumentando o sofrimento psíquico.

Entre os sujeitos circula a idéia de que a internação é tempo de exclusão, de segregação de alienação, de perda de liberdade, de ausência de

direitos e de punição pelos comportamentos desviantes. Entretanto Selma e Luíza adicionam ao hospital psiquiátrico o caráter de albergue, de asilo e último recurso dos abandonados.

O período de reclusão trouxe como conseqüências, além de todas as restrições de um tempo mal vivido, intenso sofrer psíquico que foi e é expresso subjetivamente através de diferentes condutas, articulando-se aí sentimentos profundos, todos eles como já se viu, definidos pela culpa, pelas perdas, pela solidão, pelo abandono, entre outros.

As pacientes atribuíram seus percursos e a condição de doentes mentais institucionalizadas às circunstâncias vividas ou seja, a fatores psicossociais. Demonstraram insatisfações em sentirem-se ignoradas nas próprias necessidades. Isto sugere o desconhecer e o não vivenciar destas paciente a um modelo de tratamento que não vise a causa em si e sim, considere a subjetividade, o contexto e o histórico de cada pessoa.

Ouvindo o ponto de vista das pacientes, pudemos identificar as teorias elaboradas ao longo das trajetórias vividas por cada uma; isto é, as manifestações, os percursos e as conseqüências advindas da condição de serem consideradas doentes mentais, propiciou a materialização de conceitos, de afirmações e de explicações.

A concretização de idéias e de imagens facilitou a “materialização da palavra” lembrada por JODELET (1984), consistindo assim no processo de objetivação. O mesmo culmina com o “núcleo figurativo” que segundo

MOSCOVICI (1984) equivale a “um complexo de imagens que reproduz visualmente um complexo de idéias”.

Portanto, esses pensamentos, orientam a forma de ver o mundo real ou social, como também ajudam a construir a realidade.

Assim a ancoragem que consiste no enraizamento social das Representações Sociais é apoiada no modelo vigente de assistência psiquiátrica que desconsidera as profundas necessidades humanas, tenta conter a natureza do homem, neutraliza a própria existência, uma vez que objetualiza a pessoa mentalmente perturbada, considera-a passiva e sem condições de protagonizar os próprios caminhos.

Dessa maneira, vemos que historicamente a loucura vem sendo assistida, pelo sistema psiquiátrico das várias épocas, pautada em um discurso legitimador e normatizador da conduta humana, desconsiderando suas manifestações como expressão de intenso sofrimento psíquico, oriundo de circunstâncias adversas e que encontram-se interligadas tanto intrapsiquicamente como socialmente. Quando as manifestações, na prática são levadas em conta, geralmente servem para enquadrar, rotular, explicar, justificar a suposta loucura e ou doença mental, e a impotência dos técnicos em relação à loucura.

PALAVRAS FINAIS

PALAVRAS FINAIS

Podemos dizer que a cultura manicomial é composta por um conjunto de Representações Sociais sobre a loucura, de leis, de assistência prestada, e seus resultados têm passado por avaliações e críticas possibilitando a construção de alguns caminhos na tentativa de mudanças.

Deste modo, embora lentamente, a psiquiatria passa por um período de modernização voltado para o aumento da eficiência com o funcionamento de ambulatórios de Saúde Mental. No entanto, nesses ainda prevalece o modelo médico de atendimento, representado pela consulta médica, pela troca de receita, pelos longos prazos de agendamento, ou seja, o cotidiano destas unidades é composto pela medicalização dos sintomas, pelo funcionamento apenas em horário comercial e pela carência de vínculos.

Assim, o que ainda se vê é um tipo de atendimento voltado para a continuidade ou a reprodução de práticas assistenciais que há muito revelaram-se inadequadas. Isso nos remete à idéia de que a eliminação do manicômio e a possibilidade de abertura para um novo modelo de assistência passa, também, pela desconstrução de manicômios presentes no interior de cada profissional e no próprio sistema como um todo, não desconsiderando a complexidade que envolve tais mudanças. Repensar o que há anos considera-se “certo” e quase imutável é tarefa que requer revisão de valores, de condutas, de normas, de princípios e de concepções.

Assim, vemos que o modelo de prática assistencial vigente é continuísta e reprodutivo, além de que o mesmo, isenta-se de possibilidades criativas que venham contribuir para a construção de projetos pessoais, propiciando a reinserção social da pessoa, facilitando então o possível reencontro das trajetórias perdidas.

Sobre esta questão, LANCETTI (1990) lembra que a historicização de um quadro, a interferência farmacológica e os vínculos estabelecidos só operam produtivamente se forem vistos como artifícios que fazem parte de uma real e ampla intervenção. Para LANCETTI a convivência, o encontro com o que o doente mental tem de louco, favorece a emergência de formas de sociabilidade que operam deslocamentos no plano moral, jurídico, estético, político e histórico.

Assim, evidencia-se a importância do acolhimento dado à pessoa que chega ao Serviço de Saúde Mental. Nesse, estão incluídas as necessárias intervenções daquele momento, porém, é a partir daí que se inicia o processo dialético de construção cotidiana que favorecerá o possível reencontro das trajetórias perdidas.

EVARISTO (1996b) fala da importância da participação do paciente no seu próprio projeto terapêutico de mudanças, destacando que qualquer melhoramento, seja de qualquer nível de destruição humana que se parta é sempre possível o caminhar para restituir ou retomar os percursos da existência.

Embora ainda em número limitado, o que incorre em não-cobertura da demanda psiquiátrica temos, no Brasil, a criação de novos serviços ligados às redes estaduais como os NAPS, Núcleos de Assistência Psico-Social e os CAPS, Centros de Atenção Psico-Social. Esses envolvem um trabalho comunitário, humanizado e reintegrador do homem no contexto social, trazendo uma nova significação individual e social para as pessoas que os freqüentam.

Entretanto, na medida em que podemos vivenciar o nascimento de novas possibilidades de assistência psiquiátrica, desenvolvendo dialéticamente competência para conviver com as diferenças e o sofrer psíquico, advindo do contato mais íntimo com a loucura, nos deparamos com aquilo que a ideologia dominante ainda tenta escamotear, ou seja, a enorme necessidade de efetivas transformações sociais. Nessas estão contidas prementes mudanças, reformulações de idéias, de sistemas de pensamento que compõem a própria sociedade.

Dessa forma, reafirma-se a noção de que é necessária a melhoria das condições de vida da população, favorecendo o caminho de uma sociedade onde a equidade possa se fazer presente.

Luíza, Joana, Rosa e Selma, sujeitos deste estudo, pertencem à categoria de pessoas pobres que tiveram a vida entrecortada pelas diferenças apresentadas pelas perturbações mentais, e estas emergiram em períodos difíceis da existência que se caracterizaram por intenso sofrimento psíquico.

Percebe-se em cada história, o convívio com a desigualdade, com a injustiça, com a degradação, com a solidão, com a falta de alento que pudessem trazer novas esperanças.

No entanto, vemos que a escuta dos sujeitos dá ouvido às tantas vozes que se constituem em contradições vivas, presentes, reais e que são o próprio indício de vida. Estas contradições às vezes ativas e pulsantes, outras contidas nos sentidos latentes subjacentes dos discursos, evidenciam energias, polaridades, potencialidades adormecidas ou ignoradas, retidas nos percursos pessoais.

Neste contexto, os sujeitos fazem-se portadores e representantes de outras tantas histórias entrelaçadas e estas vão retratando a condição da pessoa que sofre perturbação mental, que foi “acolhida” e adentrou para a carreira psiquiátrica, marcada pelo autoritarismo, pelo aniquilamento, pelo isolamento, pelo cerceamento das possibilidades humanas, trazendo inúmeras perdas, reduzindo a complexidade das experiências vividas.

Acompanhando os relatos que compõem as histórias de vida, podemos pensar que a partir do momento do “adoecer”, que culminou na internação, estas pacientes não tiveram mudanças que pudessem trazer novos significados ou que propiciassem melhorias de suas condições. Elas mostram que entraram para o hospital, como vítimas de um sistema de assistência falho e continuam penalizadas pelo mesmo sistema. Isso indica que, não saíram do ponto em que iniciaram a “carreira psiquiátrica” embora Luíza tenha hoje

quarenta e nove anos de internação em hospital psiquiátrico, Joana mais de vinte anos de internação, Selma quinze anos de internação e Rosa tenha sete anos de sucessivas entradas no manicômio.

Dessa forma, estas pessoas fazem parte de um modelo psiquiátrico de assistência, marcado pela fixidez e que chega a ser perverso embora o mesmo esteja ancorado no saber científico da sociedade moderna.

Concordo com a afirmação de ROTELLI (1990) que diz ser o hospital psiquiátrico o local zero de trocas.

A própria dinâmica de funcionamento e de assistência, destes locais, não cria e não propicia modificações que levem o paciente a encontrar sentido para a vida como também, o reencontro das trajetórias pessoais.

Isso evidencia o pensamento de que não basta apenas humanizar a assistência dentro do hospital psiquiátrico. Embora eu entenda que a humanização constitua um aspecto importante na atenção à pessoa necessitada de ajuda, é preciso criar outros serviços que realmente dêem acolhimento e ajuda às pessoas que, por diversos fatores, requeiram atenção.

Considerando que na loucura e ou na doença mental estão presentes o sofrer psíquico, torna-se notório que esse sofrer pede uma escuta, pede um acolher compreensivo.

Penso que é preciso maior e melhor empenho no caminho de transformações que visem uma assistência psiquiátrica mais digna, que considere a pessoa no seu contexto histórico, psicossocial, cultural e tenha como meta, a

ajuda para o reencontro de percursos que fizeram-se confusos ou perdidos ao longo da existência e da permanência num sistema institucionalizador como o é hospital psiquiátrico.

Nesta perspectiva, torna-se emergente a necessidade de se desconstruir conceitos, refazer imagens, repensar práticas antigas, refletir e criar possibilidades para reconstruir vidas que foram anuladas.

Resta-nos, como cidadãos e também profissionais, atuarmos na direção das transformações desafio que pensamos nos propor não esgotando jamais a idéia do mutável, da capacidade de pensar, refletir e principalmente sentir e nesse processo de construção quem sabe, acabaremos descobrindo, mesmo lentamente que

“se não morre aquele que escreve um livro ou planta uma árvore, com mais razão não morre o trabalhador, não importa onde esteja ou quem seja, que semeia a vida, escreve na alma e ensina com amor”. (**Bertold Brecht**)

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi identificar as Representações Sociais de pacientes psiquiátricos, sobre suas situações de vida após convívio com a loucura, a internação e o sofrer psíquico. A partir de uma abordagem qualitativa de pesquisa, utilizei a técnica de História de Vida para entrevistar individualmente quatro pacientes (mulheres) internadas no hospital psiquiátrico. Construí os procedimentos teórico-metodológicos desta pesquisa, através da observação, da realização de entrevistas abertas não diretivas, enriquecidas com o uso de Técnica Projetiva (o desenho-estória livre e com tema) e de consulta feita nos prontuários. Utilizei a Análise Temática para analisar os dados, constatando que as pacientes constroem conhecimentos acerca da loucura. Deste modo, pude identificar as Representações Sociais que se constituem em sistemas de pensamentos organizados em verdadeiras teorias psicopatológicas, que se articulam ao redor de concepções sobre a loucura e suas conseqüências. As pacientes, através de vivências concretas, elaboraram teorias que denotam seus difíceis percursos de vida os quais conduziram-nas à condição de doentes mentais. A expressão “a triste passagem, a triste paisagem”, utilizada por uma paciente, sujeito da pesquisa, traduz o drama daqueles que passaram pela sofrida experiência da loucura, que foram submetidos ao tratamento psiquiátrico e que, conseqüentemente, tiveram longas internações.

SUMMARY

This study aimed to identify the Social Representations of psychiatric patients on their circumstances of life after being familiar with insanity, internment and psyche suffering. From a qualitative approach of research, i applied the technique of Life History to interview four female patients interned in a Psychiatric Hospital separately. I made the methodological-theoretical procedures of this research through observation, non-directive open interviews enriched with the application of prospective technique (free history-drawing and thematic drawing) and consultation in the reports. I applied the thematic analysis to analyze the data confirming that the patients build up certain knowledge about their insanity. In this way, I could identify the Social Representations which are made in methods of thinking organized in true psycho-pathological theories which are combined with conceptions about insanity and its consequences. Through real grasp of life experience the patients developed theories denoting their difficult ways of life which led them to the status of mentally sick people. The saying "the sad journey, the sad scenery" used by a patient in this study puts in lay terms the tragedy of those who went through the hard experience of insanity, who underwent psychiatric treatment and therefore had lengthy internments.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. **O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais:** projeção e transicionalidade. São Paulo, Instituto de Psicologia USP, 1995. (mimeo.).

ALEXANDER, F.G.; SELESNICK, S.T. **História da psiquiatria.** Trad. de Aydano Arruda. São Paulo, IBRASA, 1968.

ASSIS, M. O alienista. In: **MACHADO de ASSIS Obra Completa, v. 2.** Rio de Janeiro, José Aquilar, 1962.

AZOUBEL NETO, D. **Mito e psicanálise:** estudos psicanalíticos sobre formas primitivas de pensamento. Campinas, Papirus, 1993.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa, Edições 70, 1994.

BASAGLIA, F. Ragione/Follia, Bisogno/Follia. In: **Basaglia Scritti, v. 2.** Torino, Einaudi, 1982.

BASAGLIA, F. (Coord.) **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico. Trad. de Heloísa Jahn. 2. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

BASAGLIA, F.O. **La donna e la follia**. Trieste, 1983 (mimeo.).

BASTIDE, R. Introdução a dois estudos sobre a técnica das histórias de vida.
Sociologia, v.15, n.1, p.3-7, 1953.

BION, W.R. **Atenção e interpretação**: uma aproximação científica à compreensão interna na psicanálise e nos grupos. Trad. de Carlos Heleodoro P. Affonso. Rio de Janeiro, Imago, 1973.

BLEGER, J. **Psicologia da conduta**. Trad. de Emília Oliveira Diehl. 2. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.

BLEGER, J. **Temas de psicologia**. Entrevistas e grupos. Trad. de Rita Maria M. de Moraes. São Paulo, Martins Fontes, 1993.

BRIOSCHI, L.R.; TRIGO, M.H.B. **Família - Representação e cotidiano**: reflexão sobre um trabalho de campo. São Paulo, CERU / CODAC / USP, 1989.

BYINGTON, C. **Desenvolvimento da personalidade**: símbolos e arquétipo. São Paulo, Ática, 1987.

CAMARGO, A. História oral e política. In: FERREIRA M, M. (org.) **História oral e multidisciplinaridade**. Rio de Janeiro, Diadorim, 1994.

CAMARGO, A. et al. O método de história de vida na América Latina. **Cadernos CERU**, v.19, p.148-180, 1984.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Trad. de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. 4. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Buenos Aires. Paidós, 1966.

CHAUÍ, M.S. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. 4. ed. São Paulo, Cortez, 1989.

COMBA, L.J. C - Mulheres: o último setor fechado. In: BASAGLIA F. (coord.) **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (org.) et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

DOLLARD, J. **Criteria for the lyfe history**: analyses of six notable documents. New York, Peter Smith, 1949.

DSM IV - R. **Diagnostic and statistical manual disorders**. Washington, American Psychiatric Association, 1996.

EVARISTO, P. **Psiquiatria y trabajadores comunitários**: programa de desarrollo local integrado - PTREV. Trieste, 1996a (mimeo.).

EVARISTO, P. **Gestione della psichiatria nella comunidade**. Trieste, 1996b. (mimeo.).

FERNANDES, M.E. A história de vida como instrumento de captação da realidade social. **Cadernos CERU**, v.6, p.145-155, 1995.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário de língua portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento e prisão. Petrópolis, Vozes, 1984.

GADAMER, H.G. Hermeneutica e psiquiatria. In: GRIECO, A.; LINGIARDI, V. (coord.) **Dove si nasconde la salute**. Milano, Raffaello Cortina, 1994.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 3. ed. São Paulo, Perspectiva, 1990.

GOLDENSON, R.M. **Longman dictionary of psychology and psychiatry**. New York, Longman, 1984. p. 528, 722.

HERRMANN, F. **O que é psicanálise**. 12 ed. São Paulo, 1995. (Coleção Primeiros Passos).

HOLMES, W.; SOLOMON, P. Criteria used in first admissions and readmissions to Psychiatric Hospitals. **Soc. Sci. Med.**, v. 14, p. 55-59, 1980.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE RIBEIRÃO PRETO (SP). Projeto terapêutico, 1995. (mimeo).

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **Iasp subcommittee on taxonomy pain terms**: a list definitions and notes on usage pain, 1979. P.249-252.

JODELET, D. Représentation sociale: phenomenos, concept e theorie. In: MOSCOVICI, S. (org.) **Psychologie sociale**. Trad. de B. Gonties. Paris, PUF, 1984. cap. 13, p. 357-378.

JODELET, D. **Folies et représentation sociales**. Paris, Presses Universitaires de France, 1989.

KAËS, R. Psychanalyse et représentation sociale. In: JODELET, D. **Les représentations sociales**. 4. ed. Paris, PUF, 1994.

KIRK, J.; MILLER, M.L. **Reliability and validity in qualitative research**. 2.ed2
Califórnia. Sage, 1986.

LAING, R. **The politics of experience**. New York, Ballantine, 1968.

LANCETTI, A. Loucura metódica. In: LANCETTI, A. (coord.) **Saúde e loucura**. 2.
ed. São Paulo, Hucitec, 1990.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

LINGIARDI, V.; MAFFEI, C. Capire la sofferenza mentale. **KOS-rivista de medicina, cultura e scienze umane**, n.109, p. 28-31, 1994.

LISPECTOR, C. **A hora da estrela**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993.

MACHADO, M.C.L. **Universo em desencanto**: conceitos, imagens e fantasias de
pacientes psiquiátricos sobre loucura e ou doença mental. São Paulo, 1995.
268p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

MAFFEI, C. Relazione terapeutica. In: PANCHERI, P.; CASSANO, G.B. (coord.)

Trattato italiano di psichiatria, Milano, Masson, 1993.

MEIHY, J.C.S.B. **(RE) introduzindo história oral no Brasil**. São Paulo, Xamã,

1996.

MIRANDA, F.A.N. **Doente mental: sexualidade negada?** Ribeirão Preto, 1996.

255p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro, Zahar,

1978.

MOSCOVICI, S. **The phenomenon of social representations**. In: FARR, R. &

MOSCOVICI, S. **Social Representations**. Cambridge, Cambridge University Press, 1984.

NATOLI, S. **L' esperienza del dolore: le forme del patire nella cultura**

occidentale. 7. ed. Milano, Feltrinelli, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (Coord.). **Classificação de transtornos**

mentais e de comportamento da CID - 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

PEREIRA, M.A. **Necessidades da mulher que busca método definitivo para contracepção percebidas através da relação enfermeira paciente.** Ribeirão Preto, 1992. 134p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa.** 4.ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1982.

PERRUSI, A. **Imagens da loucura:** representação social da doença mental na psiquiatria, São Paulo, Cortez, 1995.

PICCIONE, R. **Manuale di psichiatria:** teoria e pratica della salute mentale nel servizio pubblico. Roma, Bulzoni, 1995.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo.** Trad. de Toscano Zamiklowvsky. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

PITTA, A.M.F. Ética e assistência psiquiátrica. In: FIGUEIREDO, A.C.; SILVA FILHO, J.F. **Ética e saúde mental.** Rio de Janeiro, Topbooks, 1996.

QUEIROZ, M.I.P. Histórias de vida e depoimentos pessoais. **Sociologia**, v.15, n.1, p.8-24, 1953.

QUEIROZ, M.I.P. Relatos orais: do indizível ao dizível. In: VON SINSON, O.M.V. (org.) **Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil)**. São Paulo, Vértice, 1988. p.14-43.

RIBEIRO, M.N. A doença psiquiátrica e a morte social. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria - A.P.A.L.**; v.20, n.1, p.21-24, 1988.

RODRIGUES, A.R.F. **Relações interpessoais enfermeiro-paciente:** análise teórica e prática com vistas à humanização da assistência em saúde mental. Ribeirão Preto, 1993. 184p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ROSA, J.G. **Grande sertão veredas**. Rio de Janeiro, José Olympio, 1967.

ROSA, J.G. **Manuelzão e miquilim**. 21 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1984.

ROTELLI, F. **Povertá delle Istituzioni**. Napoli, 1983. (mimeo.).

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo, Hucitec, 1990.

ROTELLI, F. **Per la normalità**: taciuno di uno psichiatra. Trieste, Edizioni, 1993.

ROUDINESCO, E. et al. **Foucault: leituras da história da loucura**. Trad. de Maria Ignes Duque Estrada. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. 7. ed. Porto, Afrontamento, 1987.

SANTOS, B.S. **Introdução a uma ciência pós moderna**. Rio de Janeiro, Graal, 1989.

SCATENA, M.C.M. **O mundo do hospital psiquiátrico sob a perspectiva do doente que o habita**. Ribeirão Preto, 1991. 112p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SIGNORELLI, A. **Fatevi regine**. Roma, Sensibili alle Foglie, 1996.

SILVA, M.E.L. Pensar em psicanálise. In: SILVA, M.E.L. (coord.). **Investigação em psicanálise**. Campinas, Papirus, 1993.

SOUZA, P.R. **Os sentidos do sintoma: psicanálise e gastroenterologia**. Campinas, Papirus, 1992.

SPINK, M.J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. **Textos em representações sociais**. Petrópolis, Vozes, 1994.

TRINCA, W. **Investigação clínica da personalidade: o** desenho livre como estímulo de apercepção temática. 2. ed. São Paulo, EPU, 1987.

TSU, T.M.J.A. Vício e loucura: estudo de representações sociais de escolares sobre doença mental, através do uso do procedimento de desenhos-estórias com tema. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v.41, n.94/95, p.47-55, 1991.

TSU, T.M.J.A. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo, EDUSP, 1993.

TSU, T.M.J.A.; MACHADO, M.C.L. Vida cruel e coração magoado: estudo de concepções etiológicas de pacientes psiquiátricos sobre doença mental. /Apresentado ao Primeiro Congresso de Psicologia da 6ª Região, São Paulo, 1988./

TSU, T.M.J.A.; TOFOLO, V. Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricos sobre doença mental. **Psicologia USP**, São Paulo, v.1, n.2, p. 155-160, 1990.

WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Trad. de José Octávio de Aguiar Abreu e Vaned Nobre. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

ANEXOS

ANEXO 1 - ENTREVISTAS

JOANA

Primeira Entrevista

M.A. Joana estou escrevendo um livro a respeito de pessoas que estão no hospital psiquiátrico, e gostaria de saber se você pode colaborar comigo falando sobre sua vida.

J. *Eu nasci em São João do Triunfo.*

M.A. Fica aonde?

J. *É no norte do Paraná.*

M.A. Quantos anos você tem?

J. *Tenho 48 anos.*

M.A. Me conte de sua vida.

J. *Eu nasci lá e de lá é que meu pai de criação foi buscar eu. Ele falava que eu não tinha roupa para vestir, nem nada. Ele embrulhou eu no paletó dele, eu era nenen ainda aí ele levou eu para casa de minha mãe de criação. Aí me criaram eu em Curitiba. Então eu até hoje não sei notícia da minha mãe, minha mãe que me criou em Curitiba.*

M.A. Você se lembra até que idade viveu com eles?

J. *Vivi até moça, não sei a idade.*

M.A. Como era sua vida lá?

J. *Era boa, eu ia na escola, minha mãe pôs eu na escola quando era criança. Eu estudei até o segundo ano. Depois eu saí da escola sabe?*

M.A. Hum...

J. *Porque eu não tive juízo de seguir os estudos né? Eu tive muita oportunidade de ir na escola, mas não tive juízo de afirmar na escola e estudar.*

M.A. Não tinha juízo...

J. *É, juízo assim de não querer estudar, eu não gostava de estudar... Depois eu fui trabalhar na casa da minha patroa e a minha patroa pôs eu na escola, de noite, mas eu não estudava também.*

M.A. *Você não gostava de estudar...*

J. *É. Eu gostava de trabalhar, trabalhar eu gostava.*

M.A. *Então você viveu com seus pais até moça?*

J. *Até mocinha assim, nova, depois eu vivia com eles, mas trabalhava durante o dia e ia dormir na casa de minha mãe. Depois eu andei pelo mundo afora. Eu saí da casa de minha mãe e andei pelo mundo afora.*

M.A. *Pelo mundo afora como?*

J. *Eu arrumei um homem, amiguei com este homem, eu larguei dele. Assim foi a minha vida, depois eu arrumei outros dois homens viu?
Eu era nova quando saí de Curitiba com o primeiro homem. Aí eu andei pelo mundo afora viajando de trem, sempre viajando muito de trem.*

M.A. *Você viajava muito?*

J. *Ele era tapeceiro, vendia, trabalhava de tapeceiro. Ele arrumava serviço fora e eu ia junto. Eu tive um filho com ele, um menino. Aí eu não combinei mais com ele.*

M.A. *Vocês se separaram?*

J. *É. Aí eu arrumei outro homem, eu gostava também dele. Ele convidou eu para morar com ele aí eu fui morar com ele lá em Itú sabe?*

M.A. *Sei.*

J. *Mas lá não deu certo, porque ele bebia e queria me judiar então eu achei melhor largar dele. Mas aí fiquei esperando nenê e daí então fui para São Paulo, na migração, ganhei nenê lá e fiquei sozinha na migração em São Paulo. Um dia ele apareceu lá, quis ver a criança, pediu para ver, eu deixei ele ver, ele perguntou se era menino. Ele perguntou se eu já tinha batizado a criança, eu falei que não. Então ele falou que não era para pôr a mão no menino, eu fiquei com medo.*

M.A. *Medo?*

J. *Fiquei com medo dele pegar o menino ele não pegou não. Ele pediu uma camisa que estava comigo, eu dei. Aí eu continuei a morar lá por muito tempo.*

M.A. O que você fazia lá?

J. *Eu trabalhava, ajudava e eles deixavam eu ficar com as crianças. Eu ajudava lá nos dormitórios, limpava lá. Aí ele não tomou a criança de mim. Uma outra vez ele voltou para pegar outra camisa e aí foi a última vez, nunca mais ele voltou, até hoje...*

As três crianças ficaram comigo...

M.A. Três crianças?

J. *É. Depois eu conheci outro homem, eu fiquei grávida de um, fiquei grávida do outro e fiquei grávida do outro. Esse outro morava lá na migração, esse foi o último que eu tive na minha vida. Lá eu fiquei grávida, tive a criança. Mas lá eu fiquei boa, mas depois eu fui ficando muito preocupada com as crianças, eu sozinha com as crianças. Eu pensava como vou dar estudo e a educação para as crianças... Sozinha, trabalhar, dar conta de tudo, eu fui ficando preocupada, pensando muito, demais nisso e aí eu fiquei doente, pensei muito.*

M.A. Você acha que ficou doente porque pensava muito?

J. *Eu acho que fiquei doente de tanto pensar.*

M.A. O que você pensava?

J. *Pensava que eu não ia dar conta de tudo; um era nenê, o outro engatinhava, o outro andava, mas era tudo pequenininho, como eu ia dar conta sozinha de tudo? De três crianças sozinha? Eu fiquei muito preocupada e aí fui ficando e fiquei doente.*

Sabe, levaram eu para a Vila Mariana mas eu não vi nada, o Hospital Vila Mariana, mas lá também eu fiquei preocupada, pensando nos meus filhos, meus filhos né? Aí falaram para mim não ficar preocupada e que eu ia falar com a assistente social; aí eu falei com a assistente social e ela falou: – “A senhora pode ficar despreocupada porque as suas crianças estão na Febem; duas estão na Febem e o mais novo está no hospital”.

M.A. No hospital?

J. *É. Eu lembro que quando eu fui para o Vila Mariana, o mais novo tava doente. A assistente social falou que quando ele sarasse ele ia também para a Febem. Mas só*

que eu não sabia que Febem era. Aí então eu fiquei uns tempos sem ver os meus filhos... Aí do Vila Mariana eu fui pro Santa Rita do Passa Quatro.

M.A. Para o hospital de Santa Rita?

J. *É para o hospital, fiquei lá por uns tempos, depois eu saí de lá para trabalhar com uma família... Mas não deu certo, eu falei para essa família, que eu tinha três filhos e que estavam na Febem e eu não sabia que Febem estavam. Aí ela tinha um casal de filhos, que ajudaram a procurar lá na Febem. Ela falou que se eu desse os nomes eles podiam procurar, eu dei os nomes direito, aí eles acharam. Aí, dessa família, eu voltei para o hospital de Santa Rita, aí de Santa Rita eu fui para Franco da Rocha, não sei porque eu fiquei lá. Eu estava doente ainda...*

M.A. Estava doente?

J. *Eu pensava ainda muito, me preocupava com as coisas...
Aí eu fiquei melhor e depois aí eles lá tavam arrumando para eu vir para o Santa Teresa. Sabe porque?*

M.A. Por que?

J. *Porque eu tive contato com os meus filhos, eu encontrei meus filhos!
Lá, me falaram que tal dia eles ia chegar lá em Franco da Rocha; mas a minha emoção foi tão grande! Foi grande que eu chorei muito...*

M.A. Que idade tinham seus filhos?

J. *Ah! Já era tudo grande!! Assim, o mais velho, o Fernando, acho que já tinha uns oito, os outros acho que uns seis o outro cinco mais ou menos, tudo andando!! O mais velho contou que quando eu fiquei doente, eu joguei o remédios deles fora! Tudo fora!
Aí quando eu vi meus filhos eu fiquei bem. Aí eu vim para cá e faz tempo!*

M.A. Que idade tem seus filhos?

J. *Meus filhos tão tudo moço! Bonito!! Tudo moço! Bonito!*

M.A. Onde estão?

J. *Ah! Cada um tem o seu emprego, eles aprenderam a trabalhar, eles moram na cidade.*

M.A. Aqui em Ribeirão?

J. *Dois moram aqui; o outro foi para Curitiba trabalhar e ele falou que vai procurar os meus parentes, para ver se descobre alguma coisa dos meus parentes, eu nunca mais tive notícias deles! Eu acho que eu fui internada muito nova, eu saí de casa eu era nova e eu nunca mais soube nada dos meus parentes! Nunca mais, nunca mais, mas eu gostaria de saber...*

Depois que eu fui morar no Parque Ribeirão Preto, o meu filho, o do meio, já me escreveu dizendo assim que ele já descobriu bastante gente de Rebello.

M.A. *Rebello o que é?*

J. *É meu sobrenome. Ele falou que está ficando meio doido, para ir atrás das pessoas, mas ele falou que vai procurar. Meus filhos estão bem. O mais velho tem um salão de cabelereiro, eu tenho uma netinha, bonita! Não sei se ela é bonita porque eu não vi ainda, ela tem um mês só, mas para mim ela é bonita. Eu tô aqui no hospital e eu fiquei sabendo que eles levaram a minha netinha para eu conhecer, lá na minha casa do Parque Ribeirão Preto e eu não tava lá! Eu tava aqui no hospital, mas eu vejo ela depois né?*

M.A. *É... Joana. Como foi sua vida nos hospitais que você passou?*

J. *No Vila Mariana, que foi o primeiro né? Lá não era bom porque é tudo fechado, a gente não podia sair, era tudo fechado assim, não vê rua, nem nada. Em Santa Rita foi melhor; eu saí, trabalhei um pouco, voltei para lá, mas lá não era muito ruim. Lá no Franco da Rocha, foi muito ruim para mim...*

M.A. *Foi ruim...*

J. *Eles me amarravam, eu tomava muito choque, era triste, eles falavam que eu tava ruim da cabeça. Eu tinha medo que só!! Eu ficava tremendo de medo quando chegava na minha vez...*

M.A. *Na sua vez?*

J. *Tinha fila assim, era tudo assim, junto. Quando chegava na minha vez eu ia com aquele medo! É! Tinha gente que até morreu de choque! Eu graças à Deus vivi ó, tô aqui, sã e sadia, com saúde....*

M.A. *Joana, você acha que as pessoas que estão aqui sofrem?*

J. *Sofrem sim..... às vezes surge problemas, aí a gente sofre. Assim que nem eu surgiu um problema, eu tava morando lá na cidade, lá no Parque Ribeirão Preto. Então, eu tô aqui no hospital e eu tô sofrendo muito. Sabe por quê?*

M.A. *Hum...*

J. *Eu tô longe do meu namorado, da minha casa. Aí, a gente sente assim muito, a gente sofre.*

M.A. *Você veio para cá por que?*

J. *Eu fiz coisa errada, coisa que não devia fazer, agora eu tô aqui, pagando o meu erro.*

M.A. *Pagando o erro...*

J. *Eu errei também, isso não é bom contar, eu não quero falar agora.....
Me falaram que já que é assim era bom eu ficar uns dias aqui, mas já faz um mês e não sei quantos dias, nem é bom contar, fico mais triste, eu fico mais aborrecida. Agora eu tô ali no núcleo, eu era da casinha, saí da casinha e fui para a cidade.*

M.A. *Como é viver lá na cidade para você?*

J. *Ah! É muito bom, a gente tem liberdade! Pode fazer o que quer, mas dentro do limite, e eu faço coisa errada.
Eu morei assim no hospital sempre, muitos anos, para mim foi muito bom né? Mora eu, a Aparecida, e a Fátima, a Fátima parece que não gosta muito de mim né? Às vezes ela é boa e às vezes nós descombina; mas eu prefiro morar lá do que aqui. Antes de vir para cá, nós tinha dividido o serviço. Aí, eu quis vir para cá, e agora tá difícil voltar.*

M.A. *Você acha que é falta de juízo querer vir para cá?*

J. *Eu acho né? Eu podia enfrentar lá como a Suzana falou para mim: – “por que você não enfrentou lá?” Mas isso não passou pela minha cabeça né? Lá na hora eu achei que a solução era melhor vir para o hospital, na hora da raiva, a gente não quer assumir aquilo que fez de errado, a gente quer vir para o hospital! Foi isso que aconteceu comigo!*

M.A. *Você achou que aqui ia estar melhor?*

J. Não, eu pensei assim: – Eu não vou conseguir enfrentar a Fátima, na minha casa, porque fica no mesmo teto, porque ela falou isso de mim. Aí, eu achei melhor vir para o hospital. Naquela hora não deu para falar, eu achei melhor vir para o hospital e agora tá difícil voltar para minha casa.....

Eu só dou cabeçada na minha vida, desde criança, não é de agora! Não sei se é minha culpa, não é minha culpa, só sei que dou cabeçada.

M.A. O que é dar cabeçada.

J. *Prá mim é fazer coisa errada na vida, mas agora eu tô pensando que na minha vida, muita coisa não foi culpa minha né? Eu me lembro até hoje quando eu ia na casa da minha mãe. Ela me mostrou uma mulher que andava na rua lá de casa, e disse que aquela mulher era louca; mas eu nunca esperava que eu ia ficar desse jeito assim. Mas eu não sou louca, eu sou doente da cabeça, eu não me acho louca. Tem gente que é mais doente do que a gente, que faz coisa que a gente não faz. Sabe que um dia aqui eu vi um paciente, sabe o que ele estava fazendo?*

M.A. Hum...

J. *Ele tava comendo lavagem do latão... Eu pensei que a gente não é tão louca assim não, a gente não é louca!! Eu vivi mais de vinte anos no hospital e não sou louca! Eu acho, que eu não precisava ter vivido no hospital assim não, eu acho que deveria ter um outro jeito.*

M.A. Um outro jeito...

J. *Deveria ter um outro jeito da gente não acostumar assim no hospital!*

M.A. Você acha que se acostumou?

J. *Eu acostumei uai, tanto tempo! Fiquei tanto tempo, que a gente acostuma! Acostumei tanto que quando tive problema lá na cidade, eu quis voltar! E agora tá difícil para ir para a cidade, mas eu tenho fé em Deus que volto logo. O Dr. Rodolfo está de férias e quando ele voltar ele vai ver se eu posso voltar para casa.*

M.A. Vamos fazer um desenho?

J. Vamos.

Uma casa

M.A. Que nome você dá para esse desenho?

J. *Uma casa.*

M.A. Agora invente uma estória deste desenho.

J. *Essa é minha casa, a casa que eu tenho lá na cidade. Ela tem bastante coisa dentro: minhas plantas, meu cachorro, um ventilador, um liquidificador, batedeira, um aparelho de som que meu filho me deu, uma televisão só que agora tá queimada. Eu gosto de assistir todos os programas da televisão. Tá bonito?*

M.A. Está bonito. Agora vou pedir para que você desenhe uma pessoa que sofre.

J. *Uma pessoa...*

Eu acho que uma pessoa assim fica com o rosto muito acabado!

Às vezes eu posso sofrer, às vezes assim o meu sofrimento não é muito né? Mas o meu rosto não é muito acabado...

M.A. . Você acha que quem tem o rosto acabado é que sofre?

J. *Eu acho que é, mas eu acho que pode também estar sofrendo por dentro e não estar mostrando no rosto... É isso, porque eu já sofri por dentro e não mostrei no rosto!! Eu desenho uma pessoa muito triste, longe dos parentes, não sabe notícias dos parentes... Bom, saber eu sei, mas não sei se é bem meus parentes né? Meu filho ficou de vir me buscar para me levar em Curitiba, na rádio difusora, para ver se acho meus parentes; vamos ver se isso vai dar certo.*

Acabei o desenho.

M.A. . Invente uma estória desse desenho...

J. *Ah! É uma pessoa de vida sofrida, muito sofrida por dentro, mas ela não mostra no rosto...*

M.A. . Sofrida por dentro...

J. *Eu sou sofrida por dentro, eu sou...*

M.A. . O que você sente?

J. *Eu sinto falta, choro, de primeiro eu só andava chorando, eu sinto falta, eu sinto solidão, mágoa das coisas que já me aconteceram na vida...*

M.A. . Que nome você dá para este desenho?

- J. *Esse desenho também vai junto do que eu tô falando?*
- M.A. *Vai, o desenho também vai aparecer no livro que estou escrevendo.*
- J. *Tá bonito?*
- M.A. *Está bonito.*
- J. *Eu não acho, eu não desenho bonito...*
- M.A. *Que nome você dá para este desenho?*
- J. *Joana sofrida dos passados.*
- M.A. *Joana sofrida dos passados...*
- J. *É, hoje eu acho que tá melhor, mas só que eu tenho que ir embora do Santa Teresa.*

Segunda Entrevista

- M.A. *Oi Joana, como vai?*
- J. *Tô bem e você?*
- M.A. *Eu estou bem.*
- J. *Você demorou, eu pensei que você até não viesse mais...*
- M.A. *Estive aqui na semana passada, mas eu disse que voltaria na próxima semana...*
- J. *É eu sei, mas demorou. Vamos conversar?*
- M.A. *Sim, vamos conversar.*
- J. *Pode ser ali naquele mesmo lugar, acho que não tá tanto calor ali né?*
- M.A. *É acho que ali mesmo está bom. Como você está?*
- J. *Ah! Eu tô contente sabe por quê?*
- M.A. *Por que?*
- J. *Porque falei com o Dr. Rodolfo, ali ó, lá no núcleo, ele está ali para ver os prontuários. Aí, eu parei assim na porta e perguntei se eu podia falar com ele e ele respondeu assim: – “Joana a sua semana é só a semana que vem”. Mas agora eu*

tô pensando que eu fui boba, porque eu não sei o que ele falou! Agora eu não sei se eu vou embora na semana que vem ou se eu vou conversar com ele ainda na semana que vem.

M.A. Não deu para perguntar?

J. *É, agora que eu tô pensando! Mas ele é médico né? Ele sabe, e a gente assim, a gente assim, paciente... É que eu fiquei com vergonha de perguntar... Ele é médico... Também, ele estava olhando os prontuários e também eu fiquei com medo, faltou coragem.*

M.A. Faltou coragem?

J. *Eu senti medo.*

M.A. Sentiu medo?

J. *Dele falar assim que não, né? Que eu não vou voltar né? Para minha casa né? Eu vou perguntar para ele se eu posso voltar para casa... Mas não sei se ele me atende hoje. Aquela hora que eu fui lá, se ele mandasse eu entrar e sentar, eu ia conversar com ele! Mas ele falou assim: – “A sua semana é só a semana que vem”. Faltou coragem de perguntar, eu tenho medo de não voltar para casa, eu tava com medo dele!*

M.A. Estava com medo dele?

J. *A gente é doente, quer dizer, a gente é doente, quer dizer a gente tem aquele preconceito né? Porque um dia eu entrei na sala do Dr. Rodolfo quando eu cheguei e falei assim: “Dr. Rodolfo, o senhor é médico e pode mandar eu embora!” Aí eu acho que ele viu que eu tava nervosa e ele falou assim ó: – “A minha responsabilidade é muita!” Aí ele falou assim e eu saí da sala dele né? Eu vi que ele não tava bom!*

M.A. Não estava bom como assim?

J. *Do modo de tratar a gente né? Eu achei que ele achou alguma coisa em mim! Alguma coisa errada, eu tava nervosa!*

M.A. Então você não chegou a falar com ele, nem ele com você?

J. *É, às vezes eu sou boba assim viu? De perguntar as coisas... Eu tenho medo dele falar com a gente assim né?*

(Risos)

Porque eu fiz coisa errada... Então eu tenho medo. Eu falei só com a Suzana.

M.A. A enfermeira?

J. *É a Suzana. Aí ficou combinado de eu ficar uns tempos aqui e voltar prá casa. E será que eu paguei todo o meu erro?*

M.A. Pagar o erro?

J. *Já paguei o meu erro.*

M.A. Você acha que estar aqui agora é pagar o erro?

J. *Ah! É!*

M.A. E no tempo que você morava aqui, antes de ir para o Parque Ribeirão Preto, você acha que naquele tempo você estava aqui para pagar algum erro?

J. *Não, naquele tempo eu tava aqui porque eu tava doente mesmo, eu fiquei doente de tanto pensar e não tava pagando erro nenhum não, é que eu tava doente da cabeça. Mas desta vez eu fiz diferente né? Eu fiz as coisas, sabendo o que eu fiz! Então é um erro não é mesmo?*

M.A. É um erro?

J. *O que eu tenho prá contar para você é grave! Para mim é grave né? Eu nunca fiz isso!*

M.A. Você quer contar?

J. *É grave!.... É que eu traí meu namorado com outro homem! E aí a Fátima que mora comigo lá na casa, falou que eu estava tendo relações sexuais com outro homem lá na casa e não é verdade!*

M.A. Não é verdade?

J. *Não! eu tive, mas não foi lá na casa! Eu vi um homem bonito na rua, eu gostei do homem, lá perto de casa, ele sorria, conversou comigo e falou que eu ia deixar ele mais feliz ainda se eu fosse na casa dele, e ele ia deixar eu mais feliz. Eu fui, e lá nós tivemos relação sexual, eu fiquei com medo de chegar alguém, ou acontecer alguma coisa comigo, mas quando saí da casa dele, eu senti um negócio ruim assim sabe?*

M.A. O que você sentiu?

J. *Negócio ruim assim, porque eu tinha traído o meu namorado. Foi só essa vez que eu fui lá. Aí eu fui prá casa e a Fátima que é um mistério que ela descobriu isso, alguma pessoa deve ter me visto, e ela falou que ia contar prá todo mundo e contou lá na reunião e também prá o meu namorado. Ela fez isso mas ela não falou a verdade, porque eu não encontrei com esse homem dentro de casa, ele é pedreiro lá perto de casa! Aí o meu namorado foi lá em casa e falou na sala que se eu quisesse arrumar outro, podia arrumar. Aí, eu fiquei nervosa com todo mundo, derrubei meu namorado no chão, peguei uma faca na cozinha e falei que eu ia matar ele. Mas eu não ia fazer isso! Aí eu depois fiquei tão nervosa que eu falei assim: – Eu quero ir para o Santa Teresa! Eu quis correr prá cá, porque eu achei que ia resolver o meu problema e não resolveu né?*

M.A. *Você ficou longe de sua casa...*

J. *Eu fiquei longe da minha casa e não adiantou nada, porque eu tô longe. Elas estão bem lá e eu estou aqui... Eu acho que eu tenho que aprender a não reagir que nem paciente agitado quando as coisas fica difícil, é isso... Foi isso o que aconteceu...*

M.A. *O que você pensa de tudo isso?*

J. *Eu na hora eu senti vontade de ir encontrar, de ir com aquele homem. Eu acho que as pessoas do Santa Teresa, não podem arrumar outro homem lá fora né? Tem que ser só o namorado da gente.*

M.A. *O seu namorado, mora onde?*

J. *Ele era daqui também e agora ele tá numa casa como a minha casa.*

M.A. *Na pensão protegida?*

J. *É.*

M.A. *Joana, por que para você as pessoas do Santa Teresa não devem arrumar ninguém de fora?*

J. *Porque deu esse problema comigo. Quem sabe se eu não tivesse namorado né? Não sei não... Quem sabe se a Fátima tivesse contado direito, eu tinha entrado num acordo... Mas o meu namorado já fez as pazes comigo, ele me perdoou, eu já encontrei com ele na reunião sabe?*

M.A. *Hum... Mas como era sua vida lá na sua casa?*

J. *Eu arrumei um serviço para cuidar de duas crianças. Fui eu que arrumei, perto da minha casa. Uma pequena, a outra um pouco maior, mas as duas andam. Lá eu cozinhava quando ela não deixava comida pronta, mandava eles tomar banho, era bom porque eles se vestiam sozinhos. Aí, eu ou fazia ou esquentava a janta e punha a janta, os pratos deles, do tanto que eles queriam comer, depois eles ficavam vendo o vídeo game. No começo foi duro porque os pais deles trabalhavam das quatro horas da tarde, e voltavam de madrugada, num restaurante e as crianças ficavam vendo televisão e eu tinha muito sono. Aí eu falei prá a mãe deles porque ela perguntou que hora que eles dormiam, e ela falou que eu tinha que dormir porque tomo remédio e eles também não podiam ficar tanto tempo acordados.*

M.A. *Você gostava de trabalhar lá?*

J. *Gostava! Gostava muito, agora eu acho que eu perdi o emprego porque eu vim para cá. Espero que eu arrume outro emprego, porque eu tô sem emprego, eu tô internada né? Agora depende, se a minha patroa me quiser, eu volto né? Depende dela, lá era bom porque eu folgava de domingo, domingo eu esperava meus filhos e depois eu ia namorar.*

M.A. *Onde você namora?*

J. *Na casa dele mesmo, nós ficamos lá, lá na casa dele nós namoramos, nós temos relação assim, sexual né? Que é que tem ter relação? É coisa da vida.*

M.A. *É coisa da vida...*

J. *Porque se a mulher não tiver relação com o namorado, assim como se fosse marido, ela fica doente, então faz parte da vida. Quando eu era mais nova em Santa Teresa, não tinha homem aqui para eu procurar, não tinha homem aqui para eu procurar, me dava aquela vontade! Nesse tempo eu tava lá no CERMAM* , fechada lá, então eu fugia, dava um jeito e ia para a cidade procurar homem. Depois a primeira vez que eu fugi, eu fiquei perdida, posei na rua. Só que dessa vez eu não fui feliz, quando tive relação com um homem que eu arrumei, mas depois o problema veio mais tarde.*

* CERMAM - Centro de Reassocialização Maria Aparecida Minzoni, nome dado à unidade de (pacientes) agudos-feminino.

M.A. Problema?

J. *Escuta só. Eu tive relação com o homem. Primeiro eu pedi um pouso prá ele, ele no começo falou que não, depois ele mandou eu entrar, no lugar tinha um sofá, uma televisão, tinha telefone, banheiro, ele mandou eu deitar e tivemos relação. Depois disso, era noite, ele queria que eu ficasse aquela noite com ele mas eu falei – eu vou andar. Andei, andei na rua de noite, até que eu achei uma escada assim, era grande eu subi toda a escada: lá em cima tinha uma moça e um moço, eu pedi prá eles que eu queria tomar banho: a moça deixou, me arrumou um pano, uma toalha, eu lembro que fui tomar banho cantando, eu cantei muito. Depois disso eu fui andar outra vez: aí amanheceu o dia e aí eu pensei na Laura.*

M.A. Que trabalha aqui?

J. *É. Eu gosto muito dela, ela é a primeira pessoa que eu conheci quando cheguei aqui, que eu tinha mais contato. Na rua eu pensei assim: Nossa! Eu larguei a Laura lá! Eu tenho que voltar para o Santa Teresa! Aí eu perguntei como fazia prá voltar, fiquei procurando uma mulher prá eu conversar. Com muito custo eu achei uma mulher, eu expliquei prá ela, ela me ajudou a telefonar, ela me deu café, eu comi pão, entrei na casa dela, ela me deu o novo testamento e duas blusas. Quando a ambulância foi me buscar, eu pensei que eu vinha mas não queria ficar aqui, mas me trouxeram para cá. Depois dessa vez, eu consegui fugir mais duas vezes, mas das outras vezes eu consegui voltar sozinha, a pé. Eu fugia prá encontrar homem lá fora, depois eu achei que era bobagem estar fugindo. Sabe o que aconteceu comigo?*

M.A. O que?

J. *Eu fui feliz quando tive relação e tudo né?*

M.A. Foi feliz?

J. *Fui feliz porque a gente quando tem relação com homem assim, se torna outra pessoa né? Feliz assim... Mas depois veio o problema.*

M.A. Que problema?

J. *Eu peguei sífilis! E naquele tempo eu não era operada né? Aí a menstruação não vinha, não vinha, eu fiquei preocupada, achando que tava grávida! Eu só ficava*

enchendo a cabeça das funcionárias aqui, até que a menstruação começou a descer e eu fiquei despreocupada...

Aí eu fiquei me tratando da sífilis até sarar; eu tomei injeção prá sífilis! Eu não aguentava sem homem, e eu não fico sem homem! Acho que a minha nação é forte.

M.A. A sua nação?

J. *É! A minha nação é forte! A minha vontade de ter relação, por isso que eu não posso ficar internada aqui! Lá eu tenho o meu namorado, aqui não tem entende? Eu não posso ficar presa entende?*

M.A. Entendo.

Joana, você acha que essas pessoas que estão aqui dentro, sofrem?

J. *Deve ser, quer dizer, eu acho que eles sofrem. Eles não tem companheiro que nem eu tenho lá fora né? Ficam sempre aqui dentro, eu acho que sofrem viu? Só que eles não dão demonstração.*

M.A. Não dão demonstração?

J. *Às vezes pode ser que eles tenham vergonha assim de alguma coisa né? De falar né? Agora eu não tenho vergonha de falar porque eu acho que Deus pôs o homem e a mulher no mundo, prá um ser companheiro do outro. Eu acho que nisso aí não tem nada de errado! Eu acho que a gente não pode viver sozinha no mundo! Eu acho assim.*

M.A. Agora vamos fazer um desenho?

J. *Vamos. O que vou desenhar?*

M.A. Desenhe o que você quiser.

J. *Está pronto.*

O sol nasce para todos
aqueles tem fé e esperança

M.A. . Que nome você dá para este desenho?

J. . É esse aqui, eu vou escrever aqui está certo? Chama "o sol nasce para todos". Eu não sei se está bem escrito aqui se dá para ver.

M.A. . Sim, dá para ver o seu desenho e ler o que escreveu. Agora conte uma estória deste desenho.

J. . O sol nasce para todos aqueles que tem fé e esperança de um dia morar numa casa, na pensão protegida. É assim a estória; eu vou escrever aqui embaixo.

M.A. . Você acha que todas as pessoas que moram aqui, deveriam morar numa casa de pensão protegida?

J. . Eu acho que todos, todos assim não, todos não podiam morar, sabe por que?

M.A. . Hum...

J. . Porque tem alguns, por exemplo sabe aquele pavilhão ali, o pavilhão dois?

M.A. . Sei.

J. . Então, lá tem alguns que não sabem se cuidar, não sabem se cuidar sozinho e quem se cuidar sozinho, pode se cuidar sozinho.

M.A. . Quem pode se cuidar sozinho não deveria estar morando aqui?

J. . É claro que não! Quem pode se cuidar sozinho, não pode estar morando aqui.

M.A. . Deveria estar morando onde?

J. *Num lugar lá fora, na pensão protegida, ou com a família...*

M.A. *Você acha que essas pessoas que se cuidam sozinhas, sofrem por morar aqui?*

J. *Eu acho que sofrem muito sabe por que?*

M.A. *Por que?*

J. *Porque elas não saem daqui de dentro do hospital para ter liberdade lá fora, onde possa andar! Andar prá onde elas quiserem, prá onde elas querem assim né? Então elas sofrem porque só ficam aqui dentro fechadas no hospital assim, entende?*

M.A. *Entendo.*

J. *Sabe que tinha um paciente aqui dentro que ficava fechando os passarinhos bonito que tão aí. Era o Davi o paciente.*

M.A. *Fechando?*

J. *Fechando o passarinhos na gaiola, mas eu achava isso errado mas não falava nada, mas aí o Tibúrcio falou para ele não fazer isso, porque têm de viver né? Tem que viver, que nem a gente! Eles tem que voar, aí um dia ele soltou né?*

M.A. *Você já se sentiu como um passarinho?*

J. *Eu acho que sim né? Sabe por que?*

M.A. *Hum...*

J. *Porque eu fiquei no quarto forte... E lá só tem uma janelinha, era escuro, na janelinha leva comida e água prá a gente. Eu não me lembro quanto tempo! Foi em Franco da Rocha e Santa Rita do Passo Quatro.*

M.A. *Você ficava no quarto forte?*

J. *Naqueles tempos eu era muito agitada eu tinha de ficar lá, eu era muito agitada... Mas como que hoje em dia, hoje em dia não existe quarto forte e as pacientes obedecem os funcionários hem?*

M.A. *Será que tinha necessidade de quarto forte?*

J. *Acho que não tinha necessidade...*

(Silêncio)

- J.** *Sabe de uma coisa? Eu tô pensando que coisa eu faço parte do seu livro, eu sou importante ou não né? Eu quero vê depois de pronto assim.*
- M.A.** *Você é importante sim, você está colaborando me contando da sua vida e depois que eu escrever tudo, vai fazer parte desse livro.*
- J.** *Eu quero ver depois, se ficar legal eu quero ver, se não ficar legal eu não quero ver.*
- M.A.** *Eu vou me esforçar para ficar legal e quero te mostrar viu?*
- J.** *Tá bom.*
(Silêncio, aqui ela fala lentamente.)
- J.** *Sabe, de primeiro eu era mais nova, eu trabalhava de empregada, eu tava ainda no colégio lá em Curitiba, eu era bem nova, era colégio de irmã, de freiras, tinha só freiras e criança, assim menina grande assim, quando não é criança mais, assim quando é maior.*
- M.A.** *Adolescente? Quase moça?*
- J.** *É assim, quase mocinha. Tinha muita irmã, meninas elas reuniam a gente e a gente cantava, mas também quando fazia alguma coisa que elas não gostavam, elas punham na fila, de castigo, de fileira no castigo até um certo tempo. Lá a gente ia à missa, eu estudei catecismo, passei na prova do catecismo e fiz a primeira comunhão. Teve festa prá nós, tiramos fotografia, almoçamos. Lá sempre ia também um frei, brincava com nós todas. Eu tenho muita lembrança boa de lá... Era bom aquele tempo...*
- M.A.** *Quanta lembrança não é Joana?*
- J.** *É muita lembrança...*
- M.A.** *Vamos fazer outro desenho?*
- J.** *O que eu desenho?*
- M.A.** *Desenhe uma pessoa que sofre*
- J.** *Eu quero outro lápis.*

A menina triste

M.A. Dê um nome para este desenho.

J. Tá difícil o nome...

Silêncio

É... Menina triste. Está bom?

M.A. Está bom. Agora invente uma estória deste desenho.

J. A menina triste, essa menina é muito triste porque lembrava de muitas coisas, lembrava de muita coisa assim que passou, lembrava de coisa que não fazia bem para ela, era eu. Agora eu acho que não sou mais triste, tá?

Isso me fez lembrar de uma coisa que foi difícil desaparecer de minha memória, hoje em dia eu acho que não lembro mais tanto o que aconteceu comigo... Na minha vida aconteceu uma coisa que não é agradável prá mim... Nunca foi agradável prá mim, se não tivesse acontecido isso na minha vida, talvez seria mais feliz a minha vida né?

M.A. Seria mais feliz?

J. É que quando eu era mais nova, não sei que idade eu tinha, não me lembro a idade que eu tinha, o meu pai quis fazer mal para mim... Ele quis e fez.

(Silêncio)

Então quando minha mãe soube, porque eu contei prá a vizinha, eu não contei para minha mãe, eu tive medo da minha mãe, aí a vizinha contou para ela. A

minha mãe soube e me tocou de casa, por isso que eu andei pela rua, eu andei pela vida, assim sofrendo assim, sofrendo assim sabe? Andando assim pelo mundo, sem ter parada assim ó, não tinha parada; Ah! E depois eu arrumei um homem quando isso aconteceu. Quando o meu pai fez mal prá mim, não tô dizendo que eu fiquei grávida dele, eu quero te contar direito. Eu fiquei grávida do homem que eu arrumei porque minha mãe me tocou de casa. Eu fiquei acompanhando esse homem, sem ter bem prá onde ir. Depois eu me lembro que eu voltei prá casa de minha mãe com a criança, e minha mãe não aceitou eu com a criança, e aí de novo ela me tocou de casa. Eles estavam de mudança, as coisas deles tudo estavam em cima do caminhão. Eu tinha um apelido era “Negrucha”, e a minha irmã que era também como eu.

M.A. . Era como você?

J. *Ela era também de criação, a minha mãe pegou ela prá criar quando ela era nenê. Eu vi onde minha mãe ia morar, era uma casinha de gente pobre sabe? Aí a vizinha deixou eu ficar lá com o meu filho até eu arrumar um lugar. Nesse tempo eu procurei um emprego, trabalhei, mas aí essa vizinha falou que eu não podia ficar lá na casa com meu filho. Eu fiquei pensando o que eu ia fazer, aí a minha patroa falou que não me queria mais por causa da criança. Aí eu fui para o albergue de Curitiba. Lá era ruim, tomava sopa, só sopa.*

M.A. . Lá você pode ficar com a criança?

J. *Eu pude ficar, lá tomava sopa e café da manhã, mal e mal.*

M.A. . E depois.....

J. *Depois eu fiquei lá, encontrei outro, outro companheiro em Curitiba... Sempre nessa vida pelo mundo afora sofrendo... Aí tive outro filho, o segundo que eu falei, e depois eu tive o último companheiro que eu morei em Itú. Eu gostava dele... mas não deu prá viver com ele porque ele bebia e queria judiar de mim. Eu acho que eu desde menina, depois daquilo do meu pai, que ele fez, a minha vida foi pelo mundo afora... Sofrendo assim pelo mundo.*

(Silêncio) A entrevista foi interrompida por um paciente que veio avisar que o jantar estava pronto.

- J.** *Eu falei muito né? Eu acho que eu falei tudo, essa foi a minha vida, sempre sofrendo falta pelo mundo, mágoa das coisas que aconteceram comigo, mas até que agora tá melhor, eu encontrei meus filhos eu consegui morar lá fora né? Mas eu tenho que aprender sabe? Eu tenho que deixar de fazer como paciente agitado, eu tenho que aprender a enfrentar as coisas é assim...*
Eu acho que eu volto logo prá minha casa, você vai lá me visitar depois?
- M.A.** Eu vou lá te visitar... Joana, nós terminamos a entrevista e te agradeço muito por ter colaborado comigo falando sobre sua vida.

LUÍZA

Primeira Entrevista

M.A. Luíza estou escrevendo um livro a respeito de pessoas que estão em hospital psiquiátrico e gostaria de saber se você pode colaborar comigo falando sobre sua vida.

L. *Sabe porque eu choro aqui, eu encasqueto na cabeça e não durmo de noite, as outras pacientes dormem e eu fico acordada. A Sonia que trabalha à noite aqui, tem que fazer água com açúcar para mim para ver se eu durmo de noite, depois que tomei é que pude dormir. Eu arrependo de ter feito isso, é que eu não sou virgem mais, eu quero contar prá você e tenho vergonha.*

M.A. O que você queria me contar?

L. *Eu quando era criança... Será que criança de 10 ou 12 anos lembra das coisas?*

M.A. Você lembra?

L. *Não, de 10, 12 anos será que lembra das coisas?*

M.A. Então, você lembra das coisas?

L. *Eu lembro e agora eu tô com 63 anos. A primeira vez que eu internei aqui eu era bem nova, eu já perdi a conta, eu acho que eu tinha uns 17 anos. Agora menor de 17 anos pode internar aqui?*

M.A. Agora eu não sei te dizer...

L. *Eu já não era virgem mais, quando eu cheguei aqui. Eu fiquei traumatizada e não gosto de falar para os outros eu fiquei traumatizada.*

M.A. Tem coisa que você não quer contar?

L. *A primeira vez que meu primo me internou aqui, era o Dr. Silvano e o meu primo era Dr. advogado, agora acho que ele já tá de idade e não é mais advogado. Eu fui internada pela primeira vez em 1947.*

M.A. Neste hospital?

L. *É neste hospital. Antigamente eu tomei muito eletrochoque, injeção de impregnar, comprimido de impregnar, eu quase desmontei quando eu tomava. Aí a Drª Elza*

amiga minha e a Lurdes e a Sonia, eram funcionárias que trabalhavam antigamente, falaram para o Dr. chefe tirar os comprimidos e as injeção que eu tomava. Eu quase morri, aquele eletrochoque que passa aqui (testa), acho que é água com sal e cobre as costas da gente e tinha luzinha vermelha ou verde, aí eu começava a gritar e chorar – Tem dó de mim gente, pelo amor de Deus! Eu tomei muito eletrochoque... Antigamente era duro, eu sofria demais... Um dia eu pedi mais frango, a Angela mandou dar eletrochoque em mim só porque eu pedi mais frango para comer. E meu pai criatura, eu corria dele no meio do mato e ele me derrubava, ele me derrubava no meio do mato e eu corria dele e gritava – Não me pega não pai, eu quero sumir daqui prá bem longe, não quero ficar com você não. E ele pegou eu na marra prá fazer relações sexuais. Meu pai, legítimo, meu sangue! é pecado.

M.A. . E isso antes de você ser internada?

L. É, eu era criança ainda, foi antes de eu ser internada, aquela época eu era menor de idade né? E depois eu vim para Ribeirão Preto, lá na cidade. Minha tia, eu morava com ela, ela queria me internar no Juqueri e me levou prá lá, lá eu fiquei no pavilhão 7. Eu era novinha ainda e depois eu rezava muito. Depois quando eu sai, os guardas puseram eu no trem de ferro, que tinha banheiro, vaso sanitário prá a gente fazer xixi e assim e vim para Ribeirão Preto, lá na cidade. Quando chegou, acho que é na plataforma que pára o trem de ferro e aí eu fiquei andando, prá baixo e prá cima, sozinha. E aí eu não sei se foi a polícia da cidade, falou “mocinha você não pode ficar sozinha não, não pode pousar aí na rua, nós vamos levar você para o albergue noturno”. Lá era sossegado, não tinha barulho, dormia uma mocinha com uma criancinha. No outro dia, eu tomei café com eles numa mesa cheia de crianças, eles perguntaram o meu nome e eu respondi é Luíza. Não sei se tomei café ou se foi leite.

M.A. . Isso foi quando você veio para Ribeirão?

L. É quando eu vim.

M.A. . E você veio de onde?

L. De Guaíra. Eu nasci e cresci numa fazenda perto de Guaíra, passa em Orlândia. Você já ouviu falar nessa cidade?

M.A. . Já ouvi.

L. *Eu de Guaíra morei com minha prima em Miguelópolis. Ela era casada com um homem de olho azul, chamava Francisco. Minha prima batia em mim porque eu falava com o esposo dela, acho que ela tinha ciúmes de mim.*

M.A. . Por que você foi morar com essa prima?

L. *Ah! Porque nessa época eu não tinha prá onde ir... Minha mãe tinha morrido... Agora eu nem lembro quando, porque agora tô com 63 anos.
Eu era pequena...*

M.A. . E você tem irmãos?

L. *Tenho só um. Ele mora em Santo André. Prá que lado fica esse lugar? Você conhece?*

M.A. . Conheço. Fica perto da cidade de São Paulo.

L. *Meu irmão me respeita muito. Ele não é igual meu pai. Ele é do dia 14 de janeiro de 1937 e eu sou de 25 de maio de 1932.*

M.A. . Você é mais velha que seu irmão?

L. *É, mas ele achou que eu sou mais conservada que ele.*

M.A. . Ele veio aqui te ver?

L. *Ele veio duas vezes. Ele não vem mais porque ele mora muito longe daqui. E mudou o horário né? O horário de verão; eu acho que ele está esperando mudar de novo o horário. Agora vem o Natal que é na outra segunda-feira, depois Ano Novo, carnaval, depois quarta-feira de cinzas... depois Semana Santa. E eu peço e rezo para ninguém brigar comigo; ninguém, nem funcionário, nem paciente.*

M.A. . Luíza você falou que seu irmão te respeita muito...

L. *É... Uma vez eu falei para ele tirar água da cisterna, para eu lavar a roupa dele, nós era novinho eu e ele, quantos anos ele tinha, nem sei... Aí eu falei, – Tira água para mim lavar sua roupa, aí ele me deu um soco no estômago, mas aí eu podia correr porque eu era novinha, eu corri pelo quintal, ele corria e eu corria atrás dele e eu batia nele, puxava a orelha dele e ele ria, em vez de chorar ele ria e deixava eu mais nervosa ainda. Aí eu chorava e gritava.*

M.A. . Você se lembra quando veio para o hospital psiquiátrico?

L. *Lembro, eu não combinava com a irmã do meu pai que morava aqui na cidade. Eu não combinava, nós brigava o dia inteiro dentro de casa. Um dia eu joguei uma lata assim redonda, que ela guardava arroz nela, eu joguei tudo na cozinha, aí ela mandou eu pegar, e eu não fiz; e aí me internou.*

M.A. Quem que te internou?

L. *Foi meu primo, o doutor advogado. Antigamente, aqui era o Dr. Silvano, aqui era tudo quarto forte, depois é que desmanchou. Eu andava, chegava e ficava olhando aqui sentada no murinho.*

M.A. E depois dessa época, você saiu do hospital?

L. *Eu ia embora de alta, mas não parava na cidade, porque eu com a minha tia brigava muito, ela chamava Irani Flores Gomes, e eu chamo Luíza Silva Flores. Meu pai chamava Edson Venâncio Flores, meu irmão Antônio Silva Flores, minha mãe era Ernestina Silva Flores. Meu irmão me mostrou um papel grande assim, achando que era documento.*

Uma vez eu também fiquei no albergue noturno lá em Guaíra, eu fiquei prá baixo e prá cima, depois parece que foi a polícia que pôs eu no hotel, era Hotel São Paulo parece que eu fiquei em Guaíra.

Depois eu vim para Ribeirão Preto, eu acho que eu tinha uns 17 anos, depois eles esperou eu ter maioridade, eu acho que vim para cá com uns 20 anos. Eu ficava na rua até tarde, quando eu era menor de idade, a tia me chamava prá dentro e eu não queria ir. Aí quando eu apanhei mais idade, meu primo disse: – “Vamos passear no bosque?” Eu disse: – Vamos, e quando eu vi nós chegamos lá na administração. Quando eu vi duas funcionária me pegou pelo braço, me trouxe prá cá. Eu estranhei porque nunca tinha sido internada em hospital nenhum, mas eu chorei e gritei até quando me prenderam no quarto forte; aqui era tudo quarto forte, depois desmancharam.

M.A. Por que você acha que te internaram?

L. *A Sonia funcionária, falou que é porque a gente ficou traumatizada e fiquei nervosa com a minha tia, fiquei traumatizada muito. Por isso que meu primo trouxe eu aqui a primeira vez.*

M.A. Traumatizada...

L. *É, por causa daquele negócio que aconteceu comigo, do meu pai, criatura, ainda o meu pai criatura e eu naquele tempo... Eu queria ser virgem até hoje. Naquele tempo eu ajudava muito a minha tia, eu cozinhava, fazia frango, descascava alho, lavava roupa, encerava o chão.*

M.A. *O que aconteceu entre você e seu pai... Você se lembra que idade tinha?*

L. *Acho que menina de 10 anos lembra das coisas né? Eu fui judiada, ele fez isso prá mim e falou que enquanto eu não ficasse grávida mesmo, ele não largava eu. Meu pai, meu sangue...*

Depois eu fui na casa de um homem que convidou eu para ir na casa dele, quando foi de noite, a luz era de lamparina de querosene, quando foi de noite, ele levantou da cama dele, ele tinha a esposa dele, a filhinha dele, mas ele tentou me pegar. A sorte é que eu tinha menstruação, eu tava menstruada e ele me deixou. Eu contei prá a esposa dele, ele pegou o revólver prá matar eu; ela é que não deixou, eu pulei a janela.

M.A. *E para onde você foi?*

L. *Eu voltei para Guaíra, foi aí que a polícia levou eu para o Hotel São Paulo. Lá eu descombinei lá, saí e fiquei andando, aí a polícia pôs eu de novo no carro e me levou prá uma gente boa me olhar.*

Eles acharam eu dormindo numa casa de mulher da vida, acho que foi Deus que olhou eu, comigo não mexeram, não sei quem me levou lá, não lembro mais. eu não sabia que lá era casa de mulher da vida, não sei como não mexeram comigo, acho que foi Deus que me ajudou.

M.A. *E depois...*

L. *Depois um inspetor da polícia de lá internou eu no Juqueri, lá no Franco da Rocha, no quinto pavilhão, eu não sei o que aconteceu comigo. Eu sei que lá eu tomei muito eletrochoque também, tomava no andar de baixo, depois subia a escada para dormir no andar de cima.*

Depois quando eu fiquei lá em Miguelópolis eu também ajudava muito minha prima, eu cuidava da menininha, lavava roupa e passava, a que era casada com o moço de olho azul. Eu passava roupa até meia noite e ela não deixava eu dormir,

quando a menininha chorava de noite, eu tinha que balançar o berço e cantava para ela dormir.

Eu apanhava da minha prima. O meu outro primo, ficou atrapalhado da cabeça de tanto estudar matemática. Eu tinha medo dele, eu não sei onde ele foi depois eu acho que ele também foi internado.

Eu fui muito judiada, acho que foi isso que deixou eu nervosa e precisei ser internada.

M.A. . Você se sente judiada Luíza?

L. *É, agora também, agora eu tô judiada porque ainda tô na cadeira de rodas. Aí como eu tô, tenho colchão d'água, me sento na bóia d'água, foi em 93 que eu fiquei parálitica das pernas.*

M.A. . Faz dois anos então?

L. *É, agora em 96 faz três anos que eu não ando mais. Esse pé direito, eu deixei o pé no caminho, pisaram no meu pé de tamanco de pau, mas eu gritei, chorei eu devia ter escondido o pé, aí ninguém pisava. Foi uma paciente chamada Vilma, mas não fala nada, você conhece ela?*

M.A. . Não.

L. *Ela é alegrinha comigo, conversa comigo, cumprimenta eu; se ela fica sabendo toma raiva de mim.*

M.A. . Você gosta dela?

L. *Gosto, e fui eu que fui culpada eu deixei o pé no caminho e ela pisou e eu quebrei o pé e é por isso que eu não consigo andar.*

E depois que eu morei em Miguelópolis eu vim para Ribeirão Preto, não sei 12 ou 13 anos eu tinha. Foi antes de acontecer com meu pai. Depois eu não sei o que houve comigo, eu briguei com uma funcionária e joguei o prato de comida prá cima e depois me transferiram para a colônia, não sei se foi a primeira colônia ou se foi a segunda, lá me deram eletrochoque também, eu fiquei nervosa muito. Depois eu saí de lá, fiquei andando muito, mas não tô lembrada se fui morar logo com minha tia, aquela que me internou. Eu acho que era perto de 1947, agora é 1995 né? Quantos anos faz?

M.A. . 48 anos.

L. *Que eu tô acho, 48 anos... Eu ia embora de alta, eu era moça nova, eu sou solteira, não casei nem nada.*

M.A. *Você queria ter casado?*

L. *É, mas não deu certo né? Eu sou solteira até hoje. Mas não sou virgem, o que adianta isso. Será que Deus perdoa isso? Eu rezo todo dia.*

M.A. *Perdoa, o que?*

L. *Perdoa de ter acontecido, de eu não ser virgem mais, e eu lembro de tudo o que aconteceu. O que é bom eu lembro, e o que é ruim eu lembro também. Quer ver? Eu ganhei até um livrinho do Alexandre. Ele trabalhava aqui à tarde, agora ele está no pavilhão sete. Ele via eu reclamando e chorando, aí olha o livro que ele trouxe prá mim. Eu consigo ler, já li muitas vezes, eu ia à escola em Guaíra.*

M.A. *Ah! Você ia à escola?*

L. *É quando eu morava em Guaíra. Eu ia de sainha azul pregueada, blusinha branca, sapatinho branco parece, minha branca parece.*

M.A. *De uniforme?*

L. *É de uniforme. Eu aprendi ler e escrever, fazer desenho, mas não aprendi hora de relógio. Nesse livro, procura aí, fala da garota Elisa, procura aí. Você tá com dificuldade de achar na parte que fala dela?*

M.A. *É, estou. O que o livro fala da garota Elisa?*

L. *Ah! Sem ler o livrinho agora eu não sei.*

M.A. *Como a gente vai se encontrar outros dias, se você encontrar você me mostra tá?*

M.A. *Luíza você faz um desenho?*

L. *Faço. Eu tremo muito. Acho que eu fiquei doente de fazerem isso prá mim.*

M.A. *De fazerem para você?*

L. *É. Eu fiquei nervosa, fiquei doente mental, precisei vir prá cá.*

M.A. *Você se sente doente mental?*

L. *Eu não, eu tenho idéia boa... Eu estou mais velha agora, mas eu tenho idéia boa, até as gente fala que eu tenho idéia boa... Eu estou parálitica mas minha cabeça é boa. Eu acho que eu fiquei traumatizada... por causa daquelas coisa.*

M.A. E quando você veio para cá...

L. *Eu também tinha idéia boa, mas eu chorava e gritava, até hoje eu grito e choro quando brigam comigo.*

Tinha uma paciente aqui no hospital, o nome dela é Claudete ela morava nas casinhas, eu conversava muito com ela quando eu andava. Um dia eu tava chorando, aí ela falou: – “Luíza chorar pelo leite derramado não adianta nada, já derramou mesmo, não tem jeito de pôr na vasilha outra vez”..... E assim é a vida da gente... Ela tocava piano... Ela é muito inteligente, agora ela mora na cidade na casa do hospital. Você conhece ela?

M.A. Não, mas sei onde ela mora.

L. *O desenho saiu errado, eu tremo muito, mas eu sempre tremi, agora piorou. Não faz mal assim tremido?*

M.A. Não, faça do jeito que você puder.

L. *Credo, já pensou? Ele era meu pai, depois ia ser pai da criança, criatura. Eu filha do pai, o meu pai, pai da criança, de certo é por isso que eu fiquei atrapalhada, de tanto pensar isso.*

L. *Sabe a Sandra do turno da noite?*

M.A. Não a conheço.

L. *Então, ela levou eu uma vez para passear na casa dela. Eu assisti televisão na sala, junto com a família dela, eu lembro que tinha muita criança lá, até um de oito meses, era o menino dela, o Leandro. Eu gosto de criança e gosto de gente grande também. Ela me tratou muito bem na casa dela.*

A Déia funcionária falou para mim: – “Você acha que você já sofreu bastante Luiza?”

M.A. E o que você acha...

L. *Eu acho que eu já sofri foi muito, mas agora eu sofro também porque tô na cadeira. Eu não consigo sair sozinha da cadeira fazer xixi, ir para cama. Eu só consigo tomar banho sozinha. Eu tô com a mão torta mas eu tomo banho, eu gosto de mexer na água quente.*

M.A. Vamos terminar o desenho?

L. *Tá tremido, agora deixa eu escrever o meu nome.*

M.A. . Agora me conte uma estória sobre este desenho.

L. *Eu gosto de desenhar, mas tá difícil... É a casa e as florzinhas, as margarida.*

M.A. . E quem mora nesta casa?

L. *Quem mora? Ah... Ela podia ser minha né? Ah... Ela saiu feia aqui né? Não pode apagar aqui? A sobrinha da Solange, aquela outra que fica na cadeira de rodas, ela quer levar eu pra passear na casa dela, aí eu falei, eu vou para dar trabalho né? Pra levar eu tem que ter muita gente, porque eu fico pesada. Vai dar trabalho, eu dou trabalho para as funcionárias aqui, porque eu fico pesada..... Tá vendo? Eu com a mão torta escrevi meu nome. A casinha e as margarida. Aquela minha colega fala que aqui não é hospital, é descanso. Ela distrai e eu morro de rir.*

M.A. . E você o que pensa?

L. *Eu acho que aqui é hospital e que tem cama para a gente descansar; mas bem que eu gostaria de descansar lá fora, mas eu não ando mais... Eu escrevi aqui o meu nome, Luiza Silva Flores, é o mesmo nome da mãe do meu pai, eu não conheci essa minha avó.*

M.A. . E sua mãe, você conheceu?

L. *Ela se chamava Ernestina Silva Flores, ela era boa para mim, mas morreu quando eu era pequena. Agora eu tenho 63 anos, quando a gente não tem menstruação tá velha e eu não tenho mais.*

M.A. Você se acha velha?

L. *Eu acho, eu lembro da minha sobrinha pequena assim, agora ela já cresceu, eu era mais nova, aquela época, meu irmão era novo.*

M.A. Luíza, agora você faz outro desenho?

L. *Faço.*

M.A. Desenhe uma pessoa que sofre.

L. *Eu ou outro paciente?*

M.A. Como você quiser.

Eu acho que quem mais sofre agora é a Raquel, porque ela está tudo encolhidinha, não anda mais. Eu, a fisioterapeuta falou que eu tô com os osso tudo encolhido, lá na fisioterapia ela puxa os meus osso e eu choro lá na cidade. Não andar a gente sofre. Agora é que aumentou meu sofrimento.

M.A. Quando você andava era menor o sofrimento?

L. *Não sei, eu sofria porque tomava muito eletrochoque e eu quase morria com o eletrochoque. A Angela é quem fazia o eletrochoque, mandavam e ela tinha que fazer.*

M.A. Mandavam?

L. *É acho que mandavam os médicos.*

Ela já aposentou. Eu já sofri cada uma na minha vida... Eu às vezes choro muito, eu não tive muito juízo, fiquei traumatizada, brigava com minha tia, internaram eu. Agora eu vou desenhar a Raquel, está encolhida o corpo todo, a mão, as pernas, tudo, mas ela chama os funcionários direitinho; ontem ela chamou assim: – “Sérgio...”..... Ficou bom? Tá torto.

M.A. . Ficou bom.

Agora me conte uma estória sobre este desenho.

L. Ela está mais pior que eu e a Maura também porque ela não enxerga mais ela não geme e não chora.

M.A. . Não chora?

L. É ela não chora, quando chora a gente pensa em coisa negativa.

Eu tô magra e acabada, mas a funcionária falou para não pensar coisa triste. Ela é inteligente, conversa bem...

M.A. . E você, se acha inteligente?

L. Ah! Eu converso bem, mas tem hora que eu erro.

M.A. . Que nome você dá para este desenho.

L. Nome? A Raquel tá encolhida o corpo todo.

A Zulmira consegue, dá uns passos. Ela também tá na cadeira, eu tô pior.

Ficou bonito? Deixa eu escrever o nome.....

M.A. . Obrigada Luíza, até amanhã.

Segunda Entrevista

L. Ontem eu li no livro que eu te falei, eu achei na parte que fala da garota Elisa, eu achei ontem de noite.

M.A. . Ah! Você achou?

L. *Achei, mas agora eu esqueci aonde está, eu não gravei a página, mas não é que eu esqueci. Será que dá para procurar? Ela se chamava Elisa e morreu com vinte anos de idade.*

M.A. Ela morreu do que?

L. *Lê aí e assim você também fica sabendo.*

M.A. Não estou encontrando agora..... não é melhor você me contar?

L. *Ela era pura, não tinha pecado nenhum, ela cortou a mão, a perna. Ela conheceu.... ela nunca teve um homem, pode falar? Tá escrito aí, ela nunca teve um homem sobre si para relação sexual, nunca soube o que era. “Para mim” acho isso é nome de bebida, nunca soube o que era um gole de cachaça, nunca soube o que era atordoamento de maconha, ela conheceu quem? Ah! Ela conheceu Moisés, Elias, mas eu tenho que ler mais, senão eu esqueço. Ela morreu com vinte anos, é moça ainda não é?*

M.A. É...

L. *Eu nasci dia 25 de maio de 1932 e meu irmão é dia 14 de janeiro de 1937. Qual que é mais velho, o meu irmão ou eu?*

M.A. Você, porque se você nasceu em 32, então você nasceu primeiro...

L. *É eu tinha cinco anos quando o meu irmão nasceu né?*

M.A. É.

L. *Sabe que o meu irmão tá achando que eu tô mais conservada que ele, e com tudo o que eu já passei de sofrimento...*

M.A. Você acha que já passou muito sofrimento...

L. *Ah! Já passei... A Déia da noite falou assim: – “Nossa! Como você já sofreu desde criança, desde de novinha até agora!” Agora eu sofro também de estar na cadeira de roda. Eu nunca esperava de estar numa cadeira de roda, colchão d’água. Foi enchido lá nos agudos, o pessoal lá foi que encheu meu colchão d’água. A bóia d’água essa aqui, foi enchida aqui mesmo porque eu avisei que estava me machucando a cadeira. Aí puseram a bóia d’água. Eu fiquei entrevada, eu não lembro o mês, eu lembro que fiquei entrevada em 1993, para 1994 são quantos anos?*

M.A. De 93 para 94 é um ano.

L. *É, mas de 93 para 95 são dois anos né?*

M.A. *É.*

L. *Então em 96 vai fazer três anos que eu tô nessa cadeira sofrendo.*

M.A. *E antes de você estar na cadeira, você sofria?*

L. *Ah! Eu sofria muito, eu fui muito burra na minha vida, muito besta... Eu não tinha juízo Alice, deixei fazer coisa que não deve, errada. Eu arrependo. Eu gostaria de ser virgem até hoje. Às vezes eu tinha parado de sofrer, o que eu sofri, já tinha sarado à vezes, se eu fosse virgem. Às vezes tudo tinha sido direitinho.*

M.A. *Direitinho como, diferente?*

L. *É, é isso, eu arrependo tanto... Olha o meu osso do jeito que tá, eu acho que eu tenho os pecado grande nas costas, por isso que eu sofro tanto, sempre fui judiada, eu vi muita coisa.*

M.A. *Luíza, o que você gostou na garota Elisa do livro?*

L. *Ah! Eu gostei porque ela não foi besta, ela nunca conheceu o álcool, ela nunca conheceu um homem, ela nunca deixou ter relação sexual. Eu não, eu fui besta, eu deixei... Eu deixei... Meu pai, aquele moço...*

M.A. *Aquele moço?*

L. *É. Ele era de Mato Grossinho, não é Mato Grosso é Mato Grossinho, é longe daqui, você conhece?*

M.A. *Não.*

L. *Eu besta, não tive juízo na cabeça nem nada, não lembro onde nós tava morando... Acho que minha mãe já tinha morrido quando meu pai pegou eu no meio do mato, eu corria dele no meio do mato, mas depois ele acabou fazendo isso prá mim.*

Ele falava que enquanto eu não ficasse grávida dele, ele não largava de mim, imagina, meu pai legítimo! Meu sangue!

Mas quando eu tava menstruada eu não deixava porque senão eu engravidava. Eu nunca tive filho, mas o que adianta, eu não sou mais virgem. Eu era criança, primeiro foi esse moço que eu não lembro o nome dele, depois meu pai, meu primo, aquele que internou eu aqui. Quando ele era mais novo, ele era um moço bonito! O meu primo, bigode preto, tinha um cabelo bonito, ondedado, porque

ele era moço novo ainda, ele já tinha casado. Os filho dele era criança, a Cláudia e a Silvana elas eram crianças.

M.A. . O que você lembra deste seu primo?

L. *Ele era de Guaíra, para ir lá tem que passar por Orlândia também, e comigo ele mexia que sou prima dele, porque que ele não mexia com as outras? Ele era doutor advogado. Ele me trouxe aqui em 1947. Eu nunca tinha sido internada em nenhum hospital; o mês eu não lembro. Aqui era tudo quarto forte, qualquer coisinha que eu fazia, era injeção de impregnar, comprimido de impregnar, eletrochoque que é ligado acho que na força elétrica passava água com sal aqui e aplicava; eu gritava e chorava: – Gente pelo amor de Deus, não me dá choque não! Não adiantava, para tomar eletrochoque precisa uma porção de funcionário para segurar, dizem que é que nem quando a pessoa é epilética, fica tremendo assim, não é tremendo, tem um outro nome...*

M.A. . Convulsão?

L. *É igual a cabeça que tem epilepsia, cai, bate a cabeça, e quando eu pedia mais frango para a Angela, ela mandava eu tomar eletrochoque.*
A Marisa de Faria era outra paciente que ficava aqui no pátio, ela batia muito em mim. Aí, eu gritava e chorava muito. Aí, qualquer coisa eles falavam: – “Leva a Luíza Silva Flores para tomar eletrochoque”.

M.A. . Quem falava?

L. *Acho que a encarregada, não sei se ela era enfermeira ou encarregada, ela tinha assim um suspensório branco e tinha uma saia branca. Os outros com o eletrochoque acordavam num instante, e eu diz que parecia que eu tinha morrido, eles tudo ficava desesperado, dizia para mim: “Ah! Luíza eu não vou nunca mais aplicar eletrochoque em você, eu vou falar para o seu médico”. Aí eu acho que ela falou prá ele. Aí suspenderam as injeção de impregnar, tirou o comprimido de impregnar e o eletrochoque, tirou tudo. E eu continuei boba, porque eu fui boba de deixar o pé no caminho, pisaram nele, ele entortou e agora ele dói e lateja as costa, as costelas.*

M.A. . Agora está doendo?

L. *Não muito agora, mas de noite doeu.*

M.A. E da sua mãe, você se lembra dela?

L. *Criança de oito anos lembra?*

M.A. Você tinha oito anos quando ela morreu?

L. *Tinha, mas eu lembro direitinho dela, ela era boa prá mim. Ela tinha uma irmã que chamava Ercília, eu não sei mais onde ela tá.*

Eu era criança naquele tempo, mas eu besta não quis ficar com a minha tia, a irmã do meu pai. Voltei para morar com o meu pai e aí aconteceu do meu pai fazer isso prá mim... Eu não devia ter ido morar com ele, mas a minha tia batia em mim... Depois eu morei com a minha prima, aquela que eu olhava a menininha dela, passava as fraldinha, nenê usa né? Eu lavava, balançava o berço quando o nenê chorava, eu ficava até mais de meia noite e também de noite, eu não tinha sossego na cada dela. Depois teve o primo, o doutor advogado, aí nessa época eu tornei a morar com a minha tia, mãe dele. Ele tinha um irmão, o Genésio, atrapalhado da cabeça de tanto estudar matemática, ele batia minha cabeça na parede, ele dava trabalho, implicava com as coisas... Me falavam que ele estava internado aqui também, mas que já morreu, também eu não vi mais o meu primo que me internou aqui.

M.A. Você lembra porque ele te internou?

L. *Nós brigava o dia inteiro, eu com a minha tia, nós não tava combinando..... eu lavava toda a roupa, passava, ela morava na cidade, nós não tava combinando. Eu cuidava também da roupa da netinha dela, lavava fraldinha, meinha, blusinha, calcinha e quando tá engatinhando, que gracinha! A mãozinha deles é pequenininha, bonitinha!*

M.A. Você gosta de criança?

L. *Adoro criança. O sobrinho da Vilma quando vem aqui com a mãe dele, dá a mãozinha prá mim, é uma gracinha!*

Eu gosto de gente grande e de criança.

M.A. Luíza, você se lembra de ter sido internada em outro hospital?

L. *Eu lembro do Franco da Rocha, o Juqueri. Uma vez, eu fui no quinto pavilhão, que lá tinha o primeiro pavilhão, parece que era o de menores e tinha o terceiro, o quarto, o meu era o quinto, eu tinha que subir a escada para dormir no quinto.*

Foi o inspetor de polícia que me levou lá. Depois eu vim para cá, para a cidade e depois para cá, pro hospital.

M.A. E o que você acha de viver neste hospital?

L. *Ah! Agora que eu tenho reumatismo, artrose, não ando mais, lateja muito. Essa noite latejou muito eu tenho medo de ficar como aquela paciente...*

M.A. Qual?

L. *A Gilda. Ela tá na cama faz muito tempo, já não sai da cama mais. Ela já tá com cabelo branco, só come com a sonda, bebe na sonda. Não sei se é leite, mas eu não vejo ela gemer mais nem nada.*

M.A. Ela não geme mais...

L. *É ela nem geme, não grita mais...*

M.A. Você acha que as pessoas que estão aqui neste hospital, sofrem?

L. *Ah! Sofrem sim, igual a eu mesma! Lá no quinto pavilhão, eu joguei o prato de comida prá cima. Eu era mocinha, sujou as funcionárias, me deram choque elétrico no andar de baixo e eu demorava a voltar. Era assim e eu sofria.*

M.A. E como é para você esse sofrer?

L. *Ah! Uma é que eu devia ser virgem até hoje. Peço para Deus me perdoar e perdoar meu pai que já morreu. Eu fiquei traumatizada, fiquei nervosa, brigava, jogava tudo longe, brigava com a minha tia. A vizinha da minha tia falava: “Como é que a Irani traz uma louca prá dentro de casa?”*

M.A. E você se achava louca?

L. *Eu acho que eu fiquei traumatizada...*

M.A. Vamos fazer um desenho?

L. *Vamos, vamos ver se hoje eu acerto mais aqui. Eu vou fazer com esse verde aqui. Hoje é sábado, dia 16 de dezembro, né?*

M.A. É.

L. *Acho que hoje vai ficar melhor. Eu acho que todas que tão entrevada sofre.*

M.A. As pessoas que estão entrevadas?

L. *É. Mas os outros também, como eu e as que andam também.*

M.A. Antes de você estar na cadeira você também sofria?

L. É. Agora é também porque eu não posso andar né?

M.A. Vamos fazer o desenho?

L. Todas as que estão aqui sofrem viu, eu acho assim. Eu queria que ficasse bonito o desenho. Minha mão treme.

M.A. Faça como você puder.

L. Gente eu não sei fazer, por isso eu não desenho pessoa, sai errado, eu prefiro desenhar assim..... Eu queria que saísse bonito.

res
Eu Este desenho

Espero por eu que fez o desenho

M.A. Agora invente uma estória do seu desenho.

L. Uma estória?

M.A. É.

L. Eu penso que a minha cabeça tá boa, que eu não sou louca da idéia. Tem gente que tá pior, porque não sabe o que está falando... Eu rezo todo dia, rezo o terço, só quando eu tô com raiva é que não rezo. Eu penso que eu tô boa que tô podendo desenhar assim, e essa pode ser a minha casa. A Márcia minha sobrinha que agora já é moça, falou que ia fazer, mandar fazer um cômodo para mim na casa dela, mas ela mora muito longe daqui. Como é que faz né? É Santo André é longe...

M.A. E como chama este desenho?

L. A casinha de morada e três margaridas.

M.A. Conte-me uma estória deste desenho.

L. A casa é bonita, podia ser minha e também tem margarida que eu gosto.

M.A. Vamos fazer outro desenho?

L. Vamos. Agora eu vou fazer com esse aqui.

M.A. Desenhe uma pessoa que sofre.

L. Eu ou a Gilda aqui, ela também não anda..... Ficou bom assim?

M.A. Ficou. Agora vou pedir para você contar uma estória sobre este desenho.

L. A Gilda não pode falar, mas agora ela tá falando boa noite direitinho para as funcionárias da noite. Ela é mais bonita do que eu, porque ela tem o rosto cheinho e é sempre alegre.

M.A. Sempre alegre?

L. É.

M.A. E você?

L. Eu não, tem dia que eu choro muito e deito até sem rezar. É pecado deitar sem rezar.

M.A. Você chora?

L. *É, por causa que eu não ando mais, não sou moça mais e tô caminhando para a velhice. Eu tenho 63 anos. Eu acho que a Gilda sofre muito, ela tá aqui, já não anda mais. Às vezes ela tem diarreia igual eu mesmo, tem vez que ela tem que tomar dois banho igual eu mesmo. Eu fico com diarreia, aí eu tenho que tomar outro banho, quando na noite eu tenho diarreia, precisa das funcionárias da noite me limpar e eu não gosto de ficar fedendo na cama.*

Eu acho que a Cleide essa que está chamando lá fora, também sofre, como eu e eu tenho dó dela também, eu penso que ela sofre, fica triste, eu tenho dó dela, aí eu me conformo.

M.A. O que você sente?

L. *Ah! Eu penso que eu fiz coisa errada na minha vida, eu sinto um aperto aqui assim, aí eu choro, eu sinto tristeza quando brigam comigo eu grito mais que a Telma às vezes eu falo muito, às vezes eu falo sozinha até porque não tem alguém com quem eu posso falar aqui. Eu primeiro queria ir embora daqui.*

M.A. E agora?

L. *Agora eu não ando mais aí não adianta né? Eu antes queria ir com o meu irmão, mas minha cunhada não quis né? Aí eu tive que ficar. Ficou bonito o desenho? Eu escrevi certo aqui?*

M.A. Ficou bonito. E que nome você dá para o desenho?

L. *É, humano igual eu mesmo.*

M.A. Obrigada Luíza, te agradeço muito por ter colaborado comigo falando sobre sua vida.

L. *Eu também gosto de falar.*

M.A. Vou estar aqui no hospital ainda por mais ou menos dois meses, e nesse período passarei por aqui para conversarmos um pouco.

ROSA

Primeira Entrevista

M.A. Rosa, eu estou escrevendo um livro a respeito de pessoas que estão em hospital psiquiátrico e gostaria de saber se você pode colaborar comigo falando sobre sua vida.

R. *Eu quero. Ih! Parece a Globo (Risos). Tem a Kátia Esteves, a Lúcia Veríssimo, parece que eu tô na Globo né? Eu não falo inglês, francês (Risos).*

M.A. Você gosta de ver televisão Rosa?

R. *Eu, gosto, gosto da novela, mas às vezes eu não tenho paciência de ver, mas às vezes eu tenho.*

M.A. Conte-me sobre a sua vida.

R. *Então começa que eu vou falando. Ah é bom né? É importante eu falar né? É importante a gente falar de vida né?*

M.A. Onde você nasceu?

R. *A minha mãe diz que eu nasci perto de Serrana, na Fazenda São João. A minha mãe não sabe ler nem escrever. Ela chama Carmem Luzia Martins. Eu tenho dez irmãos mais meu pai e minha mãe são doze e tem mais um sobrinho que ela cria. Todo mundo que eu gosto, mas tem pouca gente empregada... Eu gosto mesmo é de brincar eu gosto mesmo é de cantar. Tem uma música que eu gosto, eu gosto de simplicidade e de cantar. Eu queria cantar para gravar porque eu gosto muito da música. Pode cantar?*

M.A. Pode.

R. *Eu sou rebelde porque o mundo quis assim,
as pessoas me deixaram sem amor,
o universo tão bom...
Eu queria ser como uma criança,
cheia de esperança e amor e depois aí não sei mais.*

M.A. Bonita esta música!

R. *É, eu gosto dela, eu cantava ela quando era pequena, tem outras também mas agora ela eu não lembro. Eu cantava muito.*

M.A. *É! É bom.*

R. *E encantava também.*

M.A. *Encantava como?*

R. *Ah! Com tudo, eu gosto de cantar, gosto de sentir muito amor, ver a natureza, o verde. Olha lá fora assim ó, eu gosto das plantas, tudo. O meu pai tá no Bom Pastor.*

M.A. *O seu pai morreu?*

R. *Ele morreu e tá lá no Bom Pastor. Eu nasci na Fazenda São João, perto de Serrana. Eu ia no colégio, mas a gente não consegue falar toda verdade... Identificar toda a verdade. O gravador está ligado está certo, mas eu quero que além dele tenha a imaginação da senhora.*

M.A. *O gravador te incomoda Rosa?*

R. *Não, não é isso eu gosto de falar, pode deixar. Então, eu morei em Cravinhos também, eu não sei quantos anos eu tinha. A senhora tá percebendo como eu tô conversando? Eu tenho uma coisa aqui, de tanto eu fumar.*

M.A. *Você fuma muito?*

R. *Eu fumo sem parar! O dia inteirinho... É uma vontade louca! E sabe outra vontade que eu tenho?*

M.A. *Qual?*

R. *É de casar, tem que namorar ainda, de ter minha família, e não é só minha família não, é reunir mais gente né? Assim de conversar...*

M.A. *Como é isso...*

R. *É assim, de reunir mais gente, de conversar, de falar, assim como eu tô ouvindo e falando com a senhora agora né?*

M.A. *Você gosta de atenção...*

R. *É eu gosto, eu gosto que fala comigo assim. Eu apago o cigarro e dá vontade fazer outro.*

M.A. . Você apagou antes de começarmos a conversar, você está com vontade de fazer outro agora?

R. *Não, agora não, mas sempre eu sinto uma coisa assim no meu coração... Uma dor assim... Assim que sai daqui ó, do coração, parece um fiozinho assim ó, vai saindo e me dá muita vontade de fumar, fumar cada vez mais. E eu sinto falta de um homem.*

M.A. . Sente falta de um homem...

R. *É! Um ou dois! Só mulher aqui dentro a gente fica louca! Só a mãe, sem o pai não pode, é igual família! Só de mulher aqui dentro não dá! Família só de mulher não dá!*

M.A. . Família só de mulher?

R. *Família só de mulher não dá e não dá família só de homem também não dá. Precisa ter eles dois, mulher e homem.*

M.A. . Você sente falta de família?

R. *É e também de homem, eu gosto de homem também, fica tudo aqui assim tudo essas mulher junto, não dá! Eu quero escrever também, ler... Eu fui na escola, lá no Monte Alegre. A senhora viu que eu escrevo!*

M.A. . É, eu vi que você escreve.

R. *Eu tenho saudade também da roça, eu pegava minha enxadinha e ia para a roça.*

M.A. . O que você fazia na roça?

R. *Ajudava a plantar, colher milho, mandioca, nós ia com meu pai para a roça. O Nestor Camargo, a senhora conhece?*

M.A. . Não.

R. *Ele falava assim que não podia estragar a plantação, o canavial. Ele queria que cortasse cana também sabe? Ele era dono da fazenda lá das terra tudo lá.*

M.A. . Você trabalhou muito tempo na terra?

R. *Não! Trabalhei pouco tempo! Depois eu vim para a cidade.*

M.A. . Na cidade é que você frequentou a escola?

R. *É, na cidade que eu aprendi a ler, escrever, em casa também com meus irmãos. Agora, a água sempre é importante.*

M.A. . A água?

R. *É, sem água não pode viver, não pode fazer nada! Sem água acabou tudo! Não pode nada sem água! Não pode ficar em casa, ir na escola, tudo.*

M.A. . Rosa, você sempre viveu com a sua família?

R. *Não. Teve um tempo que eu trabalhei sempre! Eu trabalhei na casa de família, eu acho que é tão difícil falar sobre tudo!*

M.A. . É difícil?

R. *Um pouco eu lembro, da escola, do diretor, o Marcão porque ele era grandão, eu estudei três anos na escola lá no Monte Alegre. Eu trabalhei na casa de uma professora também; ela tinha três crianças o Júlio, o Rodrigo, o Gustavo era tudo pequeno assim. Eu trabalhava lá, mas eu gostava mesmo é de brincar! Tomava limonada, eu queria fazer bagunça! Eu gosto de brincar com criança! Eu gosto até hoje, mais que gente grande. Criança é que tem valor para a gente grande, criança tem mais chance de ser respeitada, de gostar dela entende? De ser superior entende?*

M.A. . Você não se sente respeitada?

R. *Eu acho que não...*

M.A. . Por que?

R. *Eu acho que eu sou pra frente. Eu acho que eu sou uma pessoa rica, mas eu não tô querendo ficar aqui.*

M.A. . Aqui aonde?

R. *Aqui no hospital. Eu queria ir embora. Eu procuro buscar as coisas mais fácil, mas deixa prá lá.*

M.A. . Você lembra quando foi internada pela primeira vez?

R. *Lembro! Foi em 29 de junho de 1985. Eu tenho um papel lá em casa que consta a primeira consulta, o Dr. Mendonça foi quem escreveu.*

M.A. . Onde foi?

R. *Foi aqui mesmo, no Santa Teresa.*

M.A. . Nessa época você morava aonde?

R. *Eu trabalhava aqui. Minha mãe morava em Altinópolis e eu aqui, trabalhando. Eu ia lá ver minha mãe, eu gosto muito da minha mãe!*

M.A. *Você lembra porque foi internada?*

R. *Ah! Eu não lembro direito, eu sei que eu estava trabalhando lá na casa, na cozinha e aí eu saí para a rua fazendo extravagância!*

M.A. *Como é extravagância?*

R. *Sabe a rua Antônio Avelar?*

M.A. *Não.*

R. *Eu sai por lá assim pela rua, falando, não lembro bem. Depois daqui eu fui pra Brodosqui, depois pra o Vicente de Paula. Mas eu gostava daquela casa que eu trabalhava! Eu vou falar aqui mas eu não quero que a senhora fique contra a Igreja Universal viu? Então eu fui lá na Igreja Universal, e teve gente que aconselhou que eu largasse o remédio.*

M.A. *E aí?*

R. *Aí eu larguei, joguei tudo fora. Eles aconselharam e falaram que eu tava curada, eu tava iluminada... Eu não sei se eu joguei antes ou se eu joguei depois.*

M.A. *Antes e depois do que?*

R. *Antes deles darem o conselho “Em nome de Jesus você tá curada!” eles falavam assim. Em nome de Jesus também a gente tá aqui né? Foi Jesus que criou nós né? Aí eu passei mal e internaram eu mais um tempo...*

M.A. *E depois.*

R. *Ih! Aí começou prá lá e prá cá, não parou mais. Às vezes é a ambulância, às vezes é o ônibus, é assim. Tem música no ônibus, eu gosto de vir escutando música, põe na rádio Conquista eu gosto. Quando eu vou embora, vou prá casa da minha mãe. Eu sou Cristo por causa da minha mãe, ela é Jesus; não é Jesus Cristo? Então é assim. Eu quero tomar água, pode tomar?*

M.A. *Tome.*

R. *Olhe como eu tô magrinha!*

Tem hora que eu falo estarei e hora que eu falo entrarei, porque para estar, tem quem entrar não é? Por exemplo, para eu estar aqui eu tenho que entrar né? Então não faz muita diferença o jeito que eu falo entendeu?

M.A. Entendi Rosa, você quer desenhar?

R. *Quero! O que eu vou desenhar?*

M.A. O que quiser.

R. *Olha o meu braço, tem um carocinho aqui.*
(mostra a axila)

M.A. Você já falou aqui no pavilhão, para o pessoal que trabalha aqui?

R. *Falei mas eles falam na brincadeira, elas não contam o que tá acontecendo comigo, eles brincam muito comigo, eu gosto de todo mundo aqui, também faz tanto tempo que eu venho aqui!*

M.A. Você foi internada várias vezes?

R. *Aqui, também em Brodosqui, também no Vicente de Paula; acho que umas três, quatro vezes lá.*

M.A. E como é que era lá.

R. *Eu tô me sentindo mais à vontade aqui do que eu me sentia lá. Lá, eu não tinha vontade lá. Acho que foram muitas vezes, é casa de repouso, a senhora sabe onde é lá em Brodosqui?*

M.A. Sei. Como era lá?

R. *Eu prefiro aqui, cada um que tá aqui é um santo que entra.*

M.A. Um santo?

R. *É um filho de Deus. Lá em Brodosqui eu apanhava na cabeça de uma mulher lá, ela me dava sapato na cabeça, assim ó. Depois me trouxeram prá cá.*

M.A. Rosa, você acha que as pessoas que estão internadas no hospital psiquiátrico sofrem?

R. *Ah sofrem! Sofrem né? E a família? Os pais? Você viu a Marilda, a Marilda fugiu ontem né? Já pensou a família dela? Mas hoje ela voltou para cá, acho que foi a família dela quem trouxe. Eu ontem queria andar tudo aqui no Santa Teresa procurando ela, aqui é tão grande... Sabe o que eu pensei?*

M.A. O que?

R. *Que eu não tô trabalhando, eu não ganho nada, ninguém lá de casa tá trabalhando. Bem que o Santa Teresa podia dar um pedacinho dessa terra aqui prá minha mãe construir aqui. Ela paga 70 reais por mês sem poder, de aluguel.*

M.A. Mas aqui é um hospital, e você queria morar no hospital?

R. *Ah! Já que eu tô sempre aqui mesmo tenho de ficar aqui! Assim já fico por aqui e traz minha mãe e tudo lá de casa! Pode ser dessa parte de cerca prá lá.*

M.A. Para lá é fora do hospital.

R. *É, da cerca prá lá é bonito essa parte, tem natureza. Sabe aquela parte do portão prá baixo?*

M.A. Sei.

R. *Então, é lá.*

M.A. A, e você? Você acha que sofre?

R. *Ah! Ah! Tia, sofro. Eu acho que eu sofro porque eu não queria ficar assim né?*

M.A. Ficar assim?

R. *É, ficar assim que nem eu fiquei, ruim da cabeça, às vezes, fazendo coisas, extravagâncias prá eles internarem eu né? Eu queria trabalhar, ajudar minha mãe, ficar com eles, com a minha mãe, meus primos, meus irmãos, né? Eu não queria ficar prá lá e prá cá de hospital né? Às vezes eu fico triste por dentro sabe? Mas eu não gosto de tristeza eu gosto é de alegria.*

M.A. Vamos fazer um desenho?

R. *Vamos, eu quero esta cor. Não foi assim que eu tirei a identidade?*

M.A. . Você fez identidade?

R. É eu fiz, esse desenho chama Uma mão; agora tem a fruta mamão mas aqui tem duas mãos.

M.A. . Invente uma estória deste desenho.

R. Ah! É que se não fosse Deus, como ficaria essas mãos, prá tirar identidade, prá tudo, prá lavar, prá ajudar. É bom ter uma mão amiga, né?

M.A. . Você tem Rosa?

R. Às vezes eu acho que eu tenho, às vezes não; pronto tá pronto. É bonito?

M.A. . É bonito o seu desenho. Vamos fazer outro desenho?

R. Vamos.

M.A. . Desenhe uma pessoa que sofre.

R. Aí eu tenho que desenhar um coração, porque o coração “guenta” todas né?

M.A. . Aguenta todas?

R. É. Seja bom ou ruim tudo tem que ter o coração. Olha aqui!

M.A. . Ficou bonito. Como chama este desenho?

R. *Chama nossos corações. (Risos) Agora eu quero escrever aqui como escreve assim, me dá, é assim?*

M.A. *É.*

R. *Então é isso, Deus me deu, não é me dá. Deus me dá corações.*

M.A. *Conta uma estória do desenho.*

R. *A senhora não vai apagar não?*

M.A. *Não, o seu desenho vai aparecer no meu livro.*

R. *Mas eu pensei também na televisão, eu quero também a televisão! Agora eu quero escrever aqui, vai ficar bonito. Pode escrever aqui?*

M.A. *Pode.*

R. *Eu quero escrever uma letra. Não é que eu tô desenhando mesmo? Olha eu fiz aqui, é uma letra.*

M.A. *Uma letra?*

R. *É. É assim é; é o papai, a mamãe segurando na mão de duas criança precisando de cuidado para não morrer no mundo.*

M.A. *Precisando de cuidados para não morrer no mundo?*

R. *É, para não morrer como se fosse urgente, esses que morrem sozinho sabe?*

M.A. *Indigente?*

R. *É esse nome aí, às vezes ninguém consegue decifrar, saber quem é. Por isso eu fiz assim é; tendo pai, tendo mãe, tinha amor no coração, precisou criar dois filhos para resolver os problemas de família. Eu gosto de lápis de cor, eu não consegui desenhar assim, a família!*

M.A. *Como é a sua família Rosa?*

R. *Eu queria ver meus irmãos, eles tão tudo por aí, espalhado sabe? Tudo jogado no mundo!*

M.A. *Você se sente jogada no mundo?*

R. *Eu me sinto, porque eu queria mais assim... assim atenção assim como essa que a senhora tá dando pra mim, dando oportunidade pra mim. Eu acho que as pessoas se sentem responsáveis. Eu não posso trabalhar assim quando eu saio daqui. Elas tem, não, elas não tem segurança assim de me dar emprego né? Aí eu fico jogada*

assim no mundo. Jogada no mundo é assim igual urgente né? Não é urgente é aquele outro nome...

M.A. Indigente?

R. É.

M.A. Quando você está fora do hospital, você se sente jogada no mundo?

R. *Não! Não é sempre, quando eu tô perto da minha mãe não, mas quando o tempo vai passando e eu não arrumo emprego, eu fico andando assim na rua, andando dentro da casa, é assim. Eu queria um emprego sabe? Eu queria que as pessoas tivessem assim segurança, me deixassem trabalhar, comprar coisas, roupa, ajudar minha família, é isso que eu queria...*

Segunda Entrevista

R. *A senhora viu como eu tô disfarçada hoje? Eu sou eu mesmo!*

M.A. Disfarçada?

R. *Sou disfarçada, de ativa e de boba. Eu tenho atividade, não é crididade, e eu não sei trabalhar a “crididade” que eu tenho.*

M.A. A criatividade?

R. *É, olha esses panos que eu arrumei no pescoço olha que bonito e hoje eu arrumei esse aqui na cabeça também olha. Mas agora eu vou tirar porque tá calor aqui. Eu gosto de fazer isso, eu gosto de ser alegre, feliz, por isso que eu disfarço assim. Tá melhor assim sem o pano né? Tá quente hoje né?*

M.A. É hoje está fazendo muito calor! Por que você usa os panos?

R. *Eu gosto porque eu fico diferente né? Eu gosto. Se fosse outra pessoa não usava. Eu gosto é de enfeite. A senhora viu que eu arrumei a mesa? Fui eu que pus esse pano na mesa, era lençol aqui da janela mas eu enfeitei a mesa, ficou bonito né? Eu nunca vi lençol na mesa estendido assim como eu fiz nesse tempo que eu tô aqui!*

M.A. É ficou bonito!

R. *Sabe que antes eu enxugava com o lençol né? Agora tem toalha.*

A senhora teve uma impressão boa quando entrou aqui?

M.A. *Eu vi que estava diferente...*

R. *Eu gosto de enfeite! A hora que tava limpando aqui, eu entrei e pus o enfeite.*

M.A. *Como você está hoje?*

R. *Eu tô emocionada porque ontem veio umas família aqui. Veio também uma moça, um rapaz, eles tiraram foto minha, na parede assim ó lá no quarto onde a gente fica lá contido sabe?*

M.A. *Sei.*

R. *Então, lá tem um coração na parede desenhado, mas não fui eu quem desenhou e eu tirei uma foto assim perto do coração ali no quarto que amarra. Sabe que hoje eu fiquei lá amarrada de novo?*

M.A. *Por que?*

R. *Porque eu joguei um copo de café na mesa lá na cozinha e depois eu peguei, um pedaço de pão, e joguei leite também. Eu gosto de pão, mas eu tava nervosa.*

M.A. *Você estava nervosa?*

R. *Eu tomei injeção de madrugada pra dormir, eu tava num sono tão gostoso !!*

M.A. *Você estava num sono tão gostoso...*

R. *Então, aí veio a Cleuza e puxou meu cabelo até eu acordar.*

M.A. *Quem é a Cleuza?*

R. *A menina que dorme perto de mim. Aí, eu puxei, eu tinha puxado o meu colchão para perto da Ana é uma velhinha que dorme também no quarto. O meu colchão fica no meio, eu tinha deixado os colchão tudo assim né?*

M.A. *Você colocou os colchões perto?*

R. *É... eu gosto de reunir, de ver tudo junto né? Eu gosto de emendar para reunir, para ajudar a Ana, eu gosto de união. E eu joguei o café.*

M.A. *O que você pensou quando jogou?*

R. *Ah! Eu pensei em fazer aquilo lá que eu fiz e depois tomar o café direito e aí não deu certo né. Aí eles amarrou eu. A Socorro e o Mauro ajudou e amarrou minha perna.*

M.A. . Você ficou amarrada esta manhã?

R. *É, até mais tarde, até o almoço. O Mauro ajudou.*

M.A. . Quem é o Mauro?

R. *Eu acho que ele é enfermeiro, agora ele trabalha do jeito dele, não do meu.*

M.A. . Como seria o seu jeito de trabalhar?

R. *Ah! É não amarrar né? Eu chamei o Mauro de pai e ele não achou bom.*

M.A. . Você chamou o Mauro de pai?

R. *É, eu gostei dele. Eu queria o meu pai né? Ele tá no Bom Pastor né?*

M.A. . Faz quanto tempo que ele morreu?

R. *Faz um pouco, eu tinha uns treze anos. Eu morava com o meu pai, minha mãe, meus irmãos lá na rua Bela Vista. (choro) Isso me faz chorar, eu choro... Quando me amarra na cama é que dói, quando eu lembro do meu pai eu emociono, quando me amarra na cama é que dói sabe? Aqui assim e eu choro.*

M.A. . O que você sentiu hoje quando te amarraram?

R. *Eu sinto aqui no coração, assim dói, uma coisa, eu sinto que tá faltando um pouco de paciência com nós aqui. Me dá tristeza assim aqui dentro... Mas vai melhorando, igual aquela música do Gilberto e Gilmar é assim ó: Sou brasileiro,
durmo sossegado,
um dia vai ser mudado e o Brasil vai melhorar,
vou pro trabalho cada dia mais contente,
hoje já sei que vão me pegar.
Até o dinheiro das minhas economia que há tempo eu não mexia,
hoje eu fui lá pegar,
comprei um carro era tudo o que eu queria,
Mas eu tinha medo de dirigir.
É assim, eu canto assim.*

M.A. . Bonita música! Como é a tristeza que dá dentro Rosa?

R. *Ah! É triste assim sabe? Eu não choro mas dá uma coisa de dor assim dentro de mim. É tristeza. Aí, eu canto. Eu gosto assim de cantar, eu canto muito, eu canto aqui e eu cantava lá na minha casa com a minha família onde eu moro.*

M.A. Quem mora na sua casa?

R. *Eu, minha mãe, meu pai... Ele tá no Bom Pastor né? Mas faz de conta que ele está lá em casa. Então é eu, minha mãe, meu irmão, o Genésio Martins, a Sonia Martins minha irmã; ela trata há muitos anos, desde que eu morava aqui em Monte Alegre, ela tinha a cabeça como a minha.*

M.A. De que jeito é sua cabeça?

R. *Tem idéia assim. A senhora acha que eu sou boba? A minha família acha.*

M.A. E você o que acha?

R. *Eu não, eu me acho inteligente, eu me acho bonita, inteligente, eu gosto do cabelo que eu tenho.*

M.A. Rosa, por que você acha que foi internada?

R. *Porque eu tava pedindo muita esmola em Altinópolis, e por ser uma cidade pequena, eu tava dando mau exemplo para as pessoas, eu pedia cigarro. O que eu queria eu pedia. Um dia uma mulher falou assim prá mim, não sei se é verdade isso que eu vou falar, quando eu sentisse vontade de comer as coisas era para eu chegar nas pessoas e pedir e é por isso que eu pedia e conseguia, quando eu não conseguia com uma, eu conseguia com outra; não me faltou o que comer, graças à Deus. Eu pedia e todo mundo sempre me deu.*

M.A. Então você acha que está internada aqui porque pedia?

R. *Eu não posso confirmar nada né? Mas o que eu posso falar, é que as pessoas não se abrem assim, é todo mundo muito fechado comigo. Quando eu pedia eu lembro que tinha gente revoltada comigo.*

M.A. Quem estava revoltado com você?

R. *Ah! Quem tava dentro de casa né? Acho que eles queriam eu sempre doente, sempre na cama, se reuniram, eles prestaram atenção comigo. Quer dizer, eles se revoltaram comigo e me internaram, mas lá eu sentia isso né?*

M.A. Como era esse sentimento?

R. *Eu sentia assim que eles não tavam contente comigo sabe? Aí eu ficava triste e comecei brincar com o rádio, com a televisão para poder distrair, pra ser feliz também, mesmo sendo doente.*

M.A. . Você se sente doente Rosa?

R. *Ah... Eu não sei, pelo menos eu sinto que eu não posso mais com barulho de cozinha, aquela panelada, aquele barulho. Eu não suporto e antes eu suportava. Eu não sinto vontade de estar lá no meio; eu só sinto vontade de estar assim ó, à vontade, menos presa num lugar. Eu não gosto de ficar embaixo de uma ordem muito séria porque coisa muita séria não tem nem sinal de alegria. Eu tento superar com alegria. Eu recupero esses momentos e fica tudo bonito né? É por isso que eu gosto de encantar assim com esses enfeites, eu gosto de me enfeitar aqui assim.*

M.A. . Você acha que essas pessoas que estão aqui sofrem?

R. *Eu acho.*

M.A. . Por que?

R. *Porque prá não deixar a gente mais apavorada, eles precisam às vezes até contar mentira, prá disfarçar.*

M.A. . Precisam disfarçar?

R. *É, precisa disfarçar, às vezes precisa contar mentira, falta paciência...*

M.A. . Falta paciência? Como?

R. *É, eles aqui não têm tanta paciência com nós né. Aí, o paciente, já é paciente conta mais coisa, faz mais coisa prá ficar impaciente ainda, fica assim muito preso eu gosto é de liberdade, da natureza, não gosto de ficar fechada assim. Eu acho que aqui, mesmo eles sendo superior a eu, que trabalha tem uma vida assim, eu consigo ficar bem com eles apesar de eu ser assim; eu não mostro tristeza, eu mostro mais alegria do que tristeza. Eu gosto de música, é alegre.*

(Risos)

M.A. . Uma pessoa que gosta de música também pode ter tristeza.

R. *É, isso é... Eu tenho, pode ter, eu preciso trabalhar para não estar sempre vendo momento triste na vida das pessoas. A gente é pessoa. Por isso que eu mostro alegria, nos momentos triste mostra alegria e quando tá alegre mostra mais alegria*

que é melhor prá a gente continuar vivendo. Porque se a gente mostra a tristeza não dá prá continuar vivendo, porque se eu mostro mais tristeza dobra a dor da gente né?

M.A. Dobra a dor?

R. *Tem que ter liberdade de passar prá frente né? Já que não tem né? A gente faz o que pode fazer assim, sendo alegre né? Hoje tem festa aqui, a senhora vai também na festa?*

M.A. É, eu também vou à festa. Rosa, como é ter liberdade de passar para frente?

R. *Ah! É liberdade de falar o que quer, de cantar, de ter alegrias, de não ficar assim internada né? Eu tenho tristeza de ser paciente, dói aqui dentro assim. Fico triste, não sei se é depressão, tristeza assim dentro, mas eu não gosto de ficar assim. Eu gosto de mostrar alegria prá mim e prá pessoas.*

M.A. Vamos fazer um desenho?

R. *Vamos. O que eu vou desenhar? Pode levantar? Não consigo ficar assim sentada muito tempo. O que eu vou desenhar?*

M.A. O que você quiser.

R. *Tá bom assim?*

M.A. Está bonito! Como chama este desenho?

R. *Deus da água viva.*

M.A. Me conte uma estória deste desenho.

R. É difícil, o que eu acho daqui, dele aqui é que é um mistério. A água vive e é um mistério de Deus, tá bom?

M.A. Está bom. Desenhe agora uma pessoa que sofre.

R. Eu vou escrever aqui assim: natural mas muito sem água e alegria.

M.A. O nome é este? Natural mas muito sem água e alegria?

R. É esse o nome.

M.A. Invente uma estória sobre o desenho.

R. A natureza morre, que somos nós, eu sou sem água, algumas vezes né?
Mas tem que ter fé e esperança e verdade para não morrer; é essa a estória.

M.A. Tem que ter fé e esperança para não morrer...

R. É assim, a senhora sabe, eu sempre fui assim, eu fico prá lá e prá cá assim em casa e no hospital né? Eu já nem sei contar quantas vezes eu fui e voltei aqui no Santa Teresa. Faz muito tempo que eu vivo assim; desde mocinha eu vivo assim, mas tem que ter fé e esperança né? Eu tenho esperança de ser alegre, de trabalhar,

viver perto da minha mãe, de pôr os dentes aí ó porque eu não tenho mais né? Sabe que primeiro eu tinha dente né? Quando eu era criança..... aí depois perdi os dentes e pois dentadura. Mas eu um dia tava nervosa tirei e quebrei as duas lá na porta da igreja em Altinópolis; mas agora eu quero pôr de novo os dentes. Eu vou procurar lá na prefeitura um dentista. Quem mandou eu quebrar a dentadura? Mas eu tava nervosa eu até fui internada nessa vez! Eu quero comprar umas roupinhas, andar bem arrumadinha. Olha a minha unha ó, eu fiz hoje aqui.

M.A . Está bonita, você quer se cuidar...

R. *Eu agora quero me arrumar direitinho, eu tô melhor, eu vou de alta! A enfermeira, a tia falou que é pra eu me arrumar bem bonitinha quando eu sair daqui, quando for procurar emprego. Eu não sei se a minha família vai deixar eu trabalhar fora...*

M.A . E você, o que quer fazer?

R. *Não sei, agora eu quero é sair daqui e quero viver perto da minha mãe, agora é isso.*

M.A . Fico contente em saber que você está saindo, tomara que possa viver melhor lá fora. Eu te agradeço por ter colaborado comigo, falando sobre a sua vida. Obrigada Rosa.

SELMA

Primeira Entrevista

M.A. Eu estou escrevendo um livro a respeito de pessoas que estão em hospital psiquiátrico e gostaria de saber se você pode colaborar comigo falando sobre sua vida.

S. *A minha vida triste, muita cansada.*

M.A. Cansada?

S. *É eu sofri muito, porque mãe eu não tenho mais né? Nem pai, só irmão... Mas meus irmãos não podem ficar comigo e é por isso que eu tô aqui até hoje neste hospital.*

M.A. Você não pode ficar com seus irmãos...

S. *É, eu não posso ficar com nenhum dos meus irmãos, falta isso ó! Falta dinheiro!*

M.A. Quantos irmãos você tem?

S. *Tenho quatro. Tudo mora no Paraná, eu sou a mais nova.*

M.A. Onde você nasceu?

S. *Eu nasci lá no Paraná...*

M.A. E cresceu lá também?

S. *É sempre vivi lá. Prá falar a verdade, de lá eu vim para cá, eu digo, para o hospital de Americana né? Eu vim de Americana para o Santa Teresa.*

M.A. Há quanto tempo?

S. *Faz uns doze anos que eu tô aqui...*

M.A. Você se lembra da primeira vez em que foi internada?

S. *Lembro sim, foi primeiro no Franco da Rocha, depois em Cruzeiro lá em Londrina, depois eu não lembro bem se foi direto prá Americana e depois eu vim prá cá. É, eu fugia, ficava prá lá, prá cá e eles demoravam a me achar, e quando me achavam, eu era pobrezinha e eles não podiam ficar comigo mais. Sabe que o finado meu pai, ele tinha um sítio que não era dele, era do meu avô, e quando o*

meu avô morreu, eles venderam e aí ficaram pobre né? Não sei por que eles fizeram isso. Aí, botaram tudo por água abaixo.

M.A . Seu pai morreu...

S. *É meu pai morreu. Minha mãe morreu, ela chamava Nair Dornelles e meu pai Francisco Antônio Neves.*

M.A . Faz muito tempo?

S. *Faz doze anos, minha mãe morreu, meu pai faz dois anos. Meu pai foi no dia de ano e minha mãe morreu no dia das mães. E de dia de ano era dia de aniversário dela. Não precisa chorar não, você tá chorando?*

M.A . Eu estou te escutando...

S. *Aí eu peguei fiquei doente e acabei ficando aqui, vim para cá. Eu queria ir embora mas meu irmão não pode ficar comigo... Eu queria ficar com ele mas não tem solução, não tem esse ó! Não tem dinheiro para comprar remédio, tudo. Eu sou diabética, de vez em quando a minha pressão sobe, eu controlo com remédio de diabetes, o remédio custa caro, custa um milhão, aonde eu vou arrumar um milhão todo mês.*

Ele, meu irmão, não tem para me ajudar, serviço para quem é doente não arruma, um jeito era trabalhar.

M.A . Você lembra de ter trabalhado fora?

S. *Eu já trabalhei na casa de patroa mas não deu certo. Quando ela descobriu que eu tomava remédio psiquiátrico, ela não quis mais. Ela mora aqui em Ribeirão, chama Rita.... porque foi assim, um dia eu fiquei meio impregnada com remédio, dopada de remédio, aí ela falou assim: – “Você toma remédio menina?” Aí eu contei a verdade, eu não ia contar mentira não é? Eu falei assim: – Eu tomo remédio psiquiátrico de 5mg, aí um dia eu passei mal na casa dela. Aí, ela não me quis mais. Isso faz uns dois anos.*

Aí, eu ficava no CERMAM, tomava banho, trocava de roupa, ia no baile de vez em quando, saía... E agora neste fim de ano, a Olga vai me levar para a casa dela, com a família dela. É gostoso, né?

M.A . Sair, não é? E aqui, o que é que você faz.

S. *Eu trabalho com a Olga.*

M.A. O dia inteiro?

S. *Não, eu entro meio dia e meio, essa hora eu já tô aqui, eu trabalho com ela, levo papel, trago papel, eu acho bom tá trabalhando aqui.*

M.A. Você se lembra que idade tinha quando foi internada a primeira vez?

S. *Lembro, foi desde a minha segunda menina eu comecei a me tratar, eu tinha dezoito anos.*

M.A. Ah! Você tem filhos...

S. *É tenho quatro. Agora eu não sei aonde eles estão. Eu não posso falar porque eu não sei onde eles estão. A irmã do meu ex-marido pegou e levou eles para criar. O meu ex-marido é morto e eu não era casada com ele, eu era amigada; não sou casada! Bem dizer eu sou mãe solteira né? Porque eu não sou casada...*

M.A. Ele morreu?

S. *Ele morreu, é morto. Quando ele morreu eu fiquei um dia de dieta, eu quebrei a dieta porque ele morreu e aí eu fiquei doente! Eu acho que esse caso triste, nem gosto de lembrar. Aí, eu fiquei doente, sem sair sempre assim. Isso faz tempo, muito tempo.*

Eu não esqueço a morte dele, às vezes eu fico pensando..... pensando.

Eu perdi o registro, mas sei que faz muito tempo, eu sei que agora eu tenho 40 anos. Sabe dona Alice, é assim mesmo né o seu nome?

M.A. É mas não precisa me chamar de dona...

S. *Então, eu fico pensando assim, eu tenho uma irmã, ela também fugiu com um rapaz, e agora ela é amigada e eu vou ganhar dois sobrinhos, dessa minha irmã. Ela fez aquele negócio que põe na barriga, como chama?*

M.A. Ultra-som.

S. *É, ultra-som e eu vou ganhar dois sobrinhos, falaram que é um menino e uma menina.... é gêmeos. Eu tô contente. Essa minha irmã, mora no Paraguai, ela escreve, mas eu não vejo ela faz tempo. Eu fui pro Paraná de alta licença sabe, e se desse certo eu podia ficar lá, mas eu não pude ficar e não deu certo, aí eu voltei prá cá de novo, eu queria morar lá, né? Mas eu aqui, também, tá bom... Agora eu tô na Vila, e lá é melhor.*

M.A. A Vila é melhor?

S. *É, lá é bem melhor. Lá é eu e mais três mulher na casa e é bom.*

M.A. *Agora vou pedir para você fazer um desenho.*

S. *Tá bonito?*

M.A. *Está. Que nome você dá para esse desenho?*

S. *É o sol.*

M.A. *Agora conte uma estória desse desenho...*

S. *O sol, a lua, a estrela, brilhando no seu coração, também, brilha no meu coração.*

M.A. *O que o sol te faz lembrar?*

S. *Eu lembro e tenho saudade da minha filha. Ela rabiscava a lua, estrela, o mapa, ela era pequena mas ela falava.*

M.A. *Você não viu mais sua filha?*

S. *Não, a minha cunhada irmã do meu marido levou os quatro para Goiás, ela era doidinha para ter filho e levou os quatro, levou tudo. Meus filhos não lembram mais de mim não. Eu era magrinha, magrinha mais que você e olha como eu tô agora! Nenhum mamou em mim.*

M.A. *Você pensa neles?*

S. *Penso, às vezes eu tô assim, aí vem uma saudade, recordação, é o mesmo que eu tá vendo minha filha caçula. Ela nasceu no Natal. O Natal me lembra coisa triste,*

eu já chorei até hoje. Não vê que meu olho tá inchando de chorar? Eu nem fiz o aniversário dos meus filhos. Eu não sou uma paciente alegre, satisfeita. Às vezes, eu dou risada mas é só para distrair porque se eu for contar, só Deus sabe. Quando eu tinha meu marido eu era feliz, eu tinha minha casa, tinha meus filhos, tinha ele, eu não fui uma mãe que deu carinho para os filhos, foram os outros que deu.

M.A. Os outros que deram...

S. *É só os outros, eu não, eu fiquei doente.*

M.A. Você se lembra quando ficou doente?

S. *Só de um pedaço de um pedaço eu lembro. Eu vi meu marido morto.*

M.A. Ele morreu do que?

S. *Ele morreu matado. Cortaram ele, a mão, a língua, quando eu vi aquilo, eu chorei muito no caixão. Eu tive uma passagem triste essa coisa triste essas paisagem foi triste. Eu fui muito feliz com meu marido.*

Ele viajava, eu falei não vai não hoje não, eu não tô muito boa, parecia que eu tava adivinhando alguma coisa que ia acontecer. Quando foi dez horas da noite, uma pessoa veio avisar o que tinha acontecido. Nessa época nós morava em Campinas, nós fomos do Paraná para Campinas. Minha mãe não queria que eu saísse de casa, eu fiquei, eu fugi, enganei todo mundo da minha casa, minha mãe morreu de desgosto, eu arrependi...

M.A. Você arrependeu...

S. *É arrependi porque ele morreu, ele não tá aqui comigo eu não tô com ele né?*

M.A. Você é solteira ou casada?

S. *É que você não tem aliança, uma vez lá no Franco da Rocha, uma paciente piradinha queria saber da minha vida particular, mas ela não falava coisa com coisa e eu não falei da minha vida, prá paciente eu não falo.*

M.A. A paciente era piradinha...

S. *É ela era, mas eu acho que eu já fiquei pior que ela. Era lá no Franco da Rocha, eu tomei choque, tudo...*

M.A. E aqui, você tomou?

S. *Aqui não, quando eu vim para cá eu tava mais melhor, lembrava das coisas, da minha mãe, do meu pai, quando eu vim para cá minha mãe era viva ainda, aí depois ela morreu. Mas eu acho que tinha muito desgosto de mim tadinha, ela não sabia para onde eu tinha ido. Ela morreu mais por desgosto...*

M.A. *Por desgosto...*

S. *É porque ela morreu de derrame, foi derrame que deu nela.*

M.A. *E você acha que derrame dá por desgosto...*

S. *É porque o desgosto vai desgostando o coração, aí foi desgastando, fica triste... Eu sou uma paciente assim, quem vê eu conversando assim dá risada tudo assim, sorrindo. Eu não sou uma menina alegre assim, eu gosto de alegria para os outros não ficarem triste também, eu não quero deixar a senhora triste, ou você triste por dentro...*

M.A. *Você acha que as pessoas que estão internadas sofrem?*

S. *Sofrem, porque cada uma eu acho que sofre de muito jeito né? Ou é porque não tem família, ou porque tá muito ruim da cabeça, toma remédio forte né? Eu acho que todo mundo sofre.*

M.A. *E você, como é sofrer para você?*

S. *Eu sinto muita tristeza, eu sou uma paciente muito abandonada, minha família não vem me vê. A Olga fala pra mim rezar, rezar e pedir a Deus muito. Não acontece nada se Deus não querer, ele é o pai do céu. Eu sinto tristeza porque minha mãe morreu, do meu pai eu não sinto muito não, porque ele judiava muito de mim. Sabe por que eu fugi muito novinha? Por causa do meu pai.*

Um dia eu não tinha 15 anos eu falei para a minha mãe que eu ia fugir e ela falou: – “Não, não faz isso não minha filha”. Ela tinha um cabelo bonito, comprido, era pretinho o cabelo dela, que nem de índio.

M.A. *O seu também é.*

S. *Sabe de uma coisa, eu pensei assim, eu pensei que não é bom ficar pensando muito na minha mãe, senão ela não descansa... A Olga me deu um conselho bom, fez oração para mim e depois que eu comecei a trabalhar ali foi que eu melhorei, eu sarei. Eu era uma menina muito triste, só chorava triste, só chorava, ficava sentada num canto, fumava dois maços por dia, sem parar.*

M.A. E agora, quanto você fuma?

S. *Agora eu fumo um só, agora eu fico contente. Quando eu lembro da minha vida, eu fico triste. Meu irmão faz tempo já, ele veio aqui e falava da minha mãe e chorava e eu sentia assim mas não conseguia chorar, não saia uma lágrima dos olhos, ficava amarrado, era pior. Quando a pessoa desabafa, é melhor...*

M.A. Vamos fazer outro desenho?

S. *Vamos.*

M.A. Desenhe uma pessoa que sofre.

S. *Eu vou fazer uma árvore.*

M.A. Uma árvore...

S. *É porque a árvore sofre. Se não aguar ela, ela morre.*

M.A. E uma pessoa precisa do que?

S. *Uma pessoa precisa ter muito carinho... Isso que já é o galho de uma árvore, assim.*

M.A. . Que nome você dá para este desenho?

S. . *O macaquinho*

M.A. . Não é uma árvore?

S. . *Não, é um macaquinho.*

M.A. . Me conte uma estória deste desenho...

S. . *Macaquinho vai na feira, comer muito banana. Agora eu vou desenhar a árvore aqui.*

M.A. . Agora conte uma estória deste desenho.

S. . *Essa árvore... Tá muito sofrida, se não aguar ela morre.
Você não apaga aqui?*

M.A. . Não, tudo isso aqui que você fez, vai fazer parte do meu livro.
Obrigada Selma até a próxima semana.

Segunda Entrevista

M.A. Oi Selma como vai?

S. *Eu vou bem, você é que demorou do Natal, eu cheguei do Natal, fui para o Ano Novo, e voltei de novo.*

M.A. Eu demorei?

S. *É demorou.*

M.A. Eu viajei... E você, disse que chegou, voltou, para onde você foi?

S. *Eu fui passar lá na casa da Olga.*

M.A. E foi bom?

S. *Foi sim, eu ganhei presente! Ganhei duas saia, uma da Olga outra da vizinha da Olga, ganhei um cartão de Natal, ganhei bastante coisinha...*

M.A. Então foi bom?

S. *Ah! Foi, foi muito bom! Antes de eu conhecer a Olga, eu passava o Natal direto aqui, agora melhorou...*

M.A. Selma você quer continuar falando da sua vida?

S. *Ah! Aquele mesmo assunto...*

M.A. É sobre sua vida...

S. *Pode ser?*

M.A. Pode, pode falar o que quiser da sua vida.

S. *Eu não gosto de contar, porque é triste e me dá vontade de chorar...*

Eu vou contar um pouco, só um pouco só.

Você sabe, eu já fui amigada, depois o meu, o meu... marido morreu e aí eu fiquei doente, doente... muito doente... E agora que eu tô boa, eu não tô tomando remédio de dia!! O das duas horas!

M.A. É?

S. *É, eu tomo só cedo e depois de noite só.*

M.A. Faz quanto tempo?

S. *Eu comecei assim depois do Natal, o Menino de Jesus me ajudou.*

Agora eu tomo bem menos remédio, é bom né?

M.A. É bom, e como você está se sentindo?

S. *Eu tô bem, tô boa, não vê que eu tô boa? Não tô chorando mais...*

M.A. Não chora mais...

S. *É.*

M.A. Você acha que quando está chorando, não está boa?

S. *É assim, antes o meu olho ficava assim, grande, inchado de chorar...*

M.A. E o que você está sentindo?

S. *Ah! A minha vida hoje tá boa, tá muito boa.*

M.A. Está boa...

S. *É. Eu vi você vindo lá de cima, aí eu pensei: – “Lá vem a dona Alice”.*

M.A. Aí você lembrou...

S. *Aí eu lembrei e eu queria conversar.*

M.A. E eu também vim para conversar com você. Selma você estava falando da sua vida hoje...

S. *É... Até que agora eu tô melhor, eu não choro tanto mais eu acho que eu não sofro tanto mais não. Eu sofria de primeiro porque eu já fiquei no quarto forte... Antes eu fiquei, era o primeiro sofrimento meu sabe? Eu já te contei?*

M.A. Não.

S. *Então, o primeiro sofrimento meu aqui foi no quarto forte.*

M.A. Em que local?

S. *Aqui, na psiquiatria, neste hospital, aqui mesmo neste lugar.*

M.A. Hum...

S. *Era difícil ficar lá, era escuro, muito. Eu fiquei dois dias e uma noite, sozinha! Sem ninguém! Eu fiquei no quarto forte porque eu fazia arte.*

M.A. Arte?

S. *É... Eu não tava muito bem da cabeça, então eu batia a cabeça no chão, ou então eu pegava a gritar, ficava chorando e gritando: – Eu quero ir embora, quero ir embora, quero ir embora... Um pouco eu lembro, outro pouco eu não lembro. Pode fumar um pouquinho?*

M.A. *Pode, como quiser.*

S. *Olha aquele quarto parecia que era uma coisa para me atentar, creio em Deus pai! Credo! Era uma coisa que me deixava muito nervosa! Eu chorava, esperneava, gritava, eu sei lá o que eu fazia mais lá... Eu chorava muito, ficava desesperada, credo! Eu não era uma paciente alegre, eu era triste, eu não conversava com ninguém, eu ficava só pelos cantos! Agora eu converso, eu distraio, agora eu sou mais alegre.*

M.A. *Mais alegre...*

S. *Eu acho que agora eu melhorei.*

M.A. *Melhorou?*

S. *É eu acostumei aqui. Eu não queria ficar aqui, agora eu acostumei... Quando eu cheguei aqui novata, aí você já viu né? Chegar num campo estranho assim, chegar num lugar estranho, você não estranha?*

M.A. *Acho que sim.*

S. *Então, um lugar que você não conhece, nunca foi, então eu estranhava, não gostava daqui, queria ir embora. Eu chorava por causa de tudo, dos meus parentes, por causa do meu pai, da minha mãe, dos meus filhos, meus irmão.*

M.A. *Você queria ficar com eles...*

S. *Queria muito mesmo. Essa fase de vida demorou muito pra mim sarar. Eu ouvia voz, a voz conversava comigo, a voz, eu não via a voz eu só escutava a voz.*

M.A. *Só escutava...*

S. *Eu ouvia a voz, eu conversava com a voz, a voz conversava comigo, eu conversava com aquelas “coiseiras”. Era muita coisa, dava risada sozinha, mas eu não percebia direito, eu não lembrava direito entende?*

M.A. *Entendo.*

S. *Aí eu mudei de médico. Você conhece o Dr. Mateus?*

M.A. Não.

S. *O Dr. Mateus é um médico que trabalhava lá no outro hospital, no Vicente de Paula, o escritório dele é lá.*

M.A. O consultório dele é lá?

S. É.

M.A. E como era o Dr. Mateus?

S. *Ele dava conselho para mim assim: – “toma remédio!” E eu não queria tomar de jeito nenhum, eu escondia o remédio de baixo da língua.*

M.A. Você não queria tomar remédio?

S. *Eu não queria tomar porque a voz falava pra mim não tomar remédio, ela não deixava, ela falava que aquilo era tóxico, que aquilo não era remédio. Aí o Dr. Mateus que era espírita, ele não gosta que fala sabe, que ele é espírita sabe?*

M.A. Hum...

S. *Então, não pode ficar falando essas coisas assim, porque aqui é carregado sabe? Tem muita gente aqui. Eu também sou espírita, por isso que mais assim, mais coisa entende?*

M.A. Que mais coisa? Que jeito é isso?

S. *Ah! É encosto, por exemplo, conversar sozinha é coisa do outro mundo, coisa do outro mundo, espírito mau que fazia eu conversar sozinha.*

M.A. Você acha que conversar sozinha era um encosto?

S. *É, depois o Dr. Mateus me levou lá para fazer um trabalho lá. Umas duas vezes, eu tomei passe e aí sarei! Mas eu não fiquei “tomada” não. Ele levou eu de carro lá no outro hospital Vicente de Paula. Eu tava tão nervosa, chorando muito, por tudo, por causa dos meus filhos, desesperada, aí eu falei: – Dr. Mateus me leve para tomar um passe pelo amor de Deus! Aí ele falou: – “Selma eu vou te levar aonde filha, aqui não tem curador aqui”. Eu acredito nessa coisas de espírito sabe?*

M.A. Hum...

S. *E dizem que quem acredita é pior ainda! Ajuda um pouco a memória sabe?*

M.A. Ajuda um pouco a memória? Como assim?

S. Não ajuda não! Atrapalha a memória! Aí porque a finada minha avó era médium de mesa branca, tudo branquinha e quando minha avó morreu, meu pai era dessa religião de mesa branca, ele trabalhava com os preto velho e dizem que não é bom! O Dr. Mateus dizia que não existe essas coisas! Agora benzer água fluída é bom, tomar passe também é bom. Tem gente que manda benzer, tomar passe. Eu também sei dar passe nos outros, eu aprendi com a minha avó, com essa que trabalhava com a mesa branca. Então o Dr. Mateus tem um centro lá naquele lugar que eu falei, no Vicente de Paula, ele levou eu lá, fica no Ipiranga. Daí, pronto, sarou. Eu não escuto mais voz, graças à Deus louvado seja Deus e que isso não volte nunca mais. Aí fui melhorando, melhorando e até hoje...

M.A. Até hoje...

S. É, eu melhorei mesmo, a mesa dele lá não tem santo sabe?

M.A. Não tem santo?

S. Eu só bebia a água fluída, tomava um passe, acendia uma vela branca e pronto. Lá não tinha santo, preto velho, pai Jacó essas coisas, minha avó tinha. Aí o Dr. Mateus falou que a minha avó era outro tipo de religião. Eu não podia ser da religião da minha avó, e assim eu ia ficando cada vez mais doente. Se eu tinha seguido a religião da minha avó eu acho que tinha morrido há muitos anos. Aí eu melhorei, fui tomando meus remédios, aqui. Aí eu pensei assim: sabe de uma coisa? eu vou melhorar é aqui! Porque o Dr. Mateus leva o nome das pacientes daqui, para receber o passe lá. Ele levou eu lá porque ele viu que eu não tinha apoio, era só dava remédio, dava remédio, dava remédio e não tinha melhora... Eu acho que ele pensou assim: "Vou levar ela para tomar um passe, quem sabe ela melhora". Agora, eu acho que foi coisa mandada, foi coisa feita, foi coisa feita mesmo!

M.A. Coisa feita?

S. É coisa feita, porque eu era uma menina muito alegre, muito contente, eu conversava com os outros, depois de tudo o que me aconteceu e eu vim parar aqui, eu fiquei tão nervosa, tão revoltada, sabe o que é revoltada?

M.A. Hum.

S. *Eu tava tão revoltada que eu não tolerava eu mesmo, eu queria morrer eu não queria viver, eu queria morrer.*

M.A. Como era estar revoltada...

S. *Meus parentes não vinham, eu ficava triste, aí o Dr. Mateus foi dando conselho, me dando passe e aí eu sarei, o Dr. Mateus tem um santo lá que só dá passe, faz aquela fila, tem um médium lá, mas não tem santo não, é esse médium que faz o passe.*

M.A. Tinha outras pacientes daqui também?

S. *Foi algumas umas vezes, tinha uma paciente, a Linda ela foi indo tomando muito remédio demais, era muito! Prá relaxar nos desmaios né?*

M.A. Hum.

S. *Um dia deu um desmaio muito forte nela e ela não aguentou, não resistiu, e na hora do desmaio, deu enfarto e ela morreu.*

M.A. Esta paciente você conhecia?

S. *É ela tava no mesmo pavilhão meu. Aí eu pensei ai meu Deus!!*

M.A. O que você sentiu?

S. *Ah! Eu fiquei com medo de ficar como a Linda, ficar boba de tanto tomar remédio. Eu pensava: ai meu Deus, eu tô ruim, eu não converso com ninguém, será que nunca mais eu vou falar, vou querer conversar, aí eu me punha a chorar, chorar, até o olho ficar vermelho... Aí ele levou eu lá porque eu tinha muito medo de ficar como a Linda, aí eu sarei graças à Deus.*

M.A. Quando você vê as outras pacientes você acha que elas sofrem?

S. *Sofrem! Bem dizer elas não tem visita; algumas tem visita. Tem uma que internou aqui tadinha, faz sete anos que ela tá aqui e sem visita tadinha!
Os parentes dela é aí de Ribeirão e não vem visitar ela. Ela fica naquele pavilhão do outro lado. É uma que pega na gente e fica falando assim: – “minha mãe não vem, minha mãe não vem”; uma bem branquinha, ela fica falando assim tadinha: – “minha mãe não vem”.*

M.A. Você acha que ela sofre?

S. *Sofre sim e muito! Ela tadinha, ela não sara. Antes quando ela era mocinha, agora ela tá mais ou menos, tem uns quarenta anos, não tá de idade não, mas quando ela era mais nova, na mocidade entende?*

M.A. Sei.

S. *Ela tinha um namorado, então o namorado dela foi pescar numa lagoa, e morreu na lagoa e ela viu o namorado dela morrer! Cruz credo que triste! Tudo que ela vai comer, ela guarda para o namorado dela... Ela lembra dele ela ficou doente assim...*

M.A. Ela ficou doente assim, e você?

S. *Eu Alice, eu acho que eu aconteceu aquilo do resguardo quebrado, por causa que eu tava com alguns dias de dieta e vi meu marido daquele jeito morto, eu assustei com aquilo tá!*

M.A. Foi difícil...

S. *É, foi aí que eu fiquei doente, eu não era ruim da cabeça, ele morreu matado! Agora, eu já sofri muito, agora não sofro mais graças à Deus. Hoje em dia a gente tem que pensar assim... Eu não sei falar...*

M.A. Fale como puder.

S. *Eu acho que a gente tem que pensar de uma moda assim, a gente pensar do lado dos outros também não do lado só da gente. A gente não vê só o problema da gente tem que ver o problema dos outros também, o problema daquele, daquele. Ontem eu fui lá conversar no outro pavilhão, aí a paciente me falou: – “Ai Selma eu quero ir embora daqui, será que não vem ninguém me buscar?”*

M.A. O que você sentiu?

S. *Ah! Eu senti dó dela...*

M.A. Vamos fazer um desenho?

S. *Vamos.*

A coruja

M.A. O que você desenhou?

S. Uma coruja, uma não duas coruja.

M.A. Conte uma estória deste desenho.

S. Ah! Estória é difícil! Eu gosto de coruja. Lá naquelas árvores tem coruja, eu gosto de olhar para elas e escutar elas cantarem, é um som assim: ló, ió, ió. É engraçado! Eu gosto delas; lá na casa do meu pai, a que ele tinha né? Então, lá também tinha coruja.

M.A. Qual o nome que você dá para este desenho?

S. A coruja. Tá bonito?

M.A. Está bonito. Vamos fazer outro desenho?

S. Vamos.

M.A. Desenhe agora uma pessoa que sofre.

S. *Uma pessoa? Eh...*

Dá outra cor, essa aqui..... Já acabei.

M.A. *Conte uma estória deste desenho.*

S. *Uma estória?*

M.A. *É.*

S. *Uma pessoa que sofre fica jogada para rua.*

M.A. *Jogada para rua...*

S. *É, ela fica assim e fica sofrendo muito não tem família, a família não liga...*

M.A. *Você se sente assim?*

S. *Não, porque eu não tô jogada na rua...*

M.A. *Que nome você dá para este desenho?*

S. *Um nome? Ah! É Selma.*

Eu já fiquei jogada na rua sim.

M.A. *Quando?*

S. *Quando eu ganhei alta aqui! Eu fui embora para casa, mas eu não podia com os meus parentes, eu fugi de casa.*

M.A. Fugiu de casa? Por que?

S. *Me deu na bola de fugir, aí eu fugi. E fugi sozinha, não fugi com homem não. Lá não tava do jeito que eu deixei, não tava bom lá.*

M.A. Como estava?

S. *Não tava minha mãe, ela morreu, tá no céu, esperava encontrar minhas irmãs, só encontrei uma, a outra foi para Curitiba, ninguém tem endereço dela, tava tudo ruim... Aí eu fugi.*

M.A. Para onde você foi?

S. *Para São Paulo, sem saber ler direito, sem comer, sem nada, só com a roupa do corpo.*

M.A. Como chegou em São Paulo?

S. *De caminhão, pegando carona! Do Paraná fui parar em São Paulo.*

M.A. E aí o que aconteceu?

S. *Aconteceu que a polícia pegou eu logo lá, e me levou para Cruzeiro, você conhece?*

M.A. Não.

S. *Então internou eu lá e avisou para os meus parentes que eu tava lá. Era uma clínica de Repouso, bela clínica de Repouso! A comida parecia bosta de galinha, Deus que me perdoe... Risos...*

M.A. Lá você ficou muito tempo?

S. *Ah! Fiquei não sei falar agora quanto tempo, mais foi muito. Aí depois eu liguei para a Olga, para ela ir lá me buscar. Risos... É eu não fui boba!*

M.A. E o que aconteceu?

S. *Eu falei para eles lá: – Eu vou quebrar tudo, vou quebrar as xícaras, os copos, eu quebro tudo, quebro vocês também, derrubo o telefone, eu quebro se não ligarem hoje mesmo para a Olga.*

M.A. Ligaram?

S. *Ligaram e a Olga disse que só no domingo podia mandar me buscar.*

Aí eles arrumaram uma perua lá para me trazer, porque daqui não podia ir porque não pode passar para outro Estado né? Lá é Paraná, perto do Paraná. Aí eu cheguei aqui era quatro horas da tarde! A enfermeira de lá quando eu falei ela ficou com o olho desse tamanho! Ela tava esperando um nenenzinho tadinha! Mas eu assustei ela porque senão ia ficar difícil, porque eu falei: – Eu juro por Nossa Senhora, se não arrumar logo eu quebro tudo e bato até na senhora! Aí eles pegaram o telefone.

Ah Não! daquele jeito não dava eu fiquei bem magrinha com aquela comida ruim, parecia um palito de fósforo! Aí eu vim para cá, isso faz uns dois anos. Aí de lá prá cá tem sido assim, no começo eu chorava sabe? Porque pensava em tudo o que passei na vida, não me consolava, chorava, chorava. Uma paciente alegre eu sei que nunca vou ser, agora, eu melhorei muito depois que comecei a trabalhar aqui com a Olga. Eu levo papel, trago, ajudo a Olga e ela gosta de mim e eu também gosto dela. É isso Alice, hoje eu já sou mais conformada com as coisas... Ai, ai, agora deixa eu ouvir um pouco?

M.A. Deixo, pode ouvir. Selma, acabamos a entrevista e eu te agradeço por ter colaborado comigo contando de sua vida.

S. *Mas você ainda vem aqui no hospital né?*

M.A. Ainda venho por mais ou menos dois meses, e nesse tempo, poderemos conversar um outro dia.

ANEXO 2. MODELO DA FICHA DE EXAME DO PRONTUÁRIO
CLÍNICA E ENFERMAGEM.

[illegible]

EXAME DE ENFERMAGEM

Conduzida Em As

Motivo de Internação

Estado físico geral Bom Regular Mau

Pressão arterial Max. Min. Respiração

Pulso Temperatura axilar Peso Altura

Lesões Sim Não

Agitada Deprimida Calma

Vacinações em

1.º banho em

Parasitas Sim Não

Ex. enf. executado por

Cabelo cortado em

Exame odontológico em

Outros exames em

<p>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Coordenação de Regiões de Saúde - 3 Escritório Regional de Saúde de Rib. Preto Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto</p>	<p>OBSERVAÇÃO CLÍNICA</p>	B
	<p>DATA</p>	

Nome _____ RG _____
 Idade _____ Cor _____ Est. Civil _____ Nacionalidade _____
 Data do Exame _____ de _____ de 19 _____

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS

ANTECEDENTES PESSOAIS

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

EXAME NEUROLÓGICO (Marcha, estática, reflexos, ausências, tonturas, convulsões, tremores, parestias, paralisias, glicoidismo, cefaléias, vertigens etc.)

EXAME CLINICO: (Anormalidades dos diversos órgãos e aparelhos)

PA.....Temp.....Pulso.....Peso.....Altura.....

EXAME MENTAL: (apresentação, comportamento, atenção, memória, afetividade, delírios, alucinações, orientação, cronoespacial, ansiedade, angústia, interpretação defeituosa dos fatos, sono, agressividade, periculosidade, depressão, excitação psicomotora, prodigalidade):

RESUMO

Impressão Diagnóstica:

Diagnóstico Definitivo:

Prognóstico:

.....
Médico