

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA SOCIAL

Nelson Tomelin Jr.

A CULTURA DA LOUCURA NA CIDADE:
O planejamento da velhice saudável e *a esperança que falou*
(São Paulo, 1940/2005)

São Paulo
2008

Nelson Tomelin Jr.

**A CULTURA DA LOUCURA NA CIDADE:
O planejamento da velhice saudável e *a esperança que falou*
(São Paulo, 1940/2005)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História Social do Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, sob a orientação do Prof. Dr. Marcos Silva, para obtenção do título de doutor em História Social.

**São Paulo
2008**

AGRADECIMENTOS

Ao amigo Marcos Silva, pela relação de carinho que extrapolou para um sentido de formação humana mais do que de orientação de pesquisa.

Por Maria do Rosário da Cunha Peixoto, sinto o melhor amor e a mais recompensadora admiração política que marcaram cada uma destas páginas com esclarecimentos e sugestões definitivas e toda a minha vida sem que o saiba dizer assim de um modo explícito.

De Marinê de Souza Pereira, tive a sorte da compreensão e sensibilidade de amiga e leitora completas.

Agradeço à Professora Esmeralda Blanco Bolsonaro de Moura pelas indicações de rumos e outras possibilidades, ao Professor Carlos Alberto Ribeiro de Moura Zeron pelas boas-vindas institucionais, e à CAPES pela bolsa de estudos.

RESUMO

TOMELIN JR., N. A CULTURA DA LOUCURA NA CIDADE: O planejamento da velhice saudável e a esperança que falou (São Paulo, 1940/2005). 2008. 281 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Esta pesquisa buscou revalorizar a experiência de velhos e velhas internos dos hospitais Pinel e D. Pedro II na cidade de São Paulo a partir de narrativas orais dessas pessoas e levantamento de documentos escritos dos arquivos das instituições. O recuo temporal do conjunto das suas narrações permitiu traçar como recorte histórico o período que recobre os anos de 1940/2005. A recuperação de suas histórias de vida evidenciou a possibilidade de uma reflexão crítica sobre a condição social da velhice no tempo presente. A análise das práticas de construção política de sentimentos e memórias dentro desse campo de violências e arbitrariedades apontou uma cultura de resistências na busca de reversão de injunções cotidianamente impostas. A partir do que essas pessoas compreendem e observam do terreno de lutas e disputas sociais em que estão inseridas, a ideologia médica e as relações de poder são desocultadas e questionadas em alguns dos seus mecanismos burocráticos. O resgate de dimensões da prática política desses sujeitos históricos foi possível também pelas conquistas da História Oral no campo do conhecimento historiográfico.

Palavras-chave: velhice; loucura; cultura; narrativas orais; História Oral; instituições psiquiátricas; Pinel; Hospital D. Pedro II.

ABSTRACT

TOMELIN JR., N. THE CULTURE OF MADNESS IN THE CITY: Planning a healthy old age and the *hope that spoke* (São Paulo, 1940/2005). 2008. 281 f. Thesis (Doctoral) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

This research has sought to revalue the experience of old people who are in the Pinel and D. Pedro II hospitals in São Paulo from their oral narratives and from information taken from written documents from the archives of these institutions. The journey back in time provided by their narratives allowed the period, covering the years 1940/2005, to be traced as a historical record. Recovering their lives' histories provided evidence that it is possible to reflect critically on the social condition of old age in present day society. Analysis of the practices used for politically constructing feelings and memories within this field of violence and arbitrariness pointed to a culture of resistance in the search to reverse the injunctions that are daily imposed upon them. Based on what these people understand and observe of the social struggles and disputes in which they find themselves, some of the bureaucratic mechanisms of medical ideology and power relationships are unveiled and questioned. Rescuing the dimensions of the political practice of these historical individuals was also possible because of triumphs of Oral History in the field of historiographic knowledge.

Keywords: old age; madness; culture; oral narratives; Oral History; psychiatric institutions; Pinel; D. Pedro II Hospital.

SUMÁRIO

Introdução	7
História Oral à guisa de apresentação metodológica	31
O Tema	37
<i>Aqui, não, a gente vê o fim da pessoa e eu não gosto disso</i>	<i>56</i>
<i>Porque na minha casa eu 'tou como eu quero, num hospital assim eu sou do dono desse hospital</i>	<i>105</i>
<i>'Cês pensam que eu 'tou aqui é porque eu não compreendo esse povo, eu compreendo</i>	<i>162</i>
Considerações Finais	269
Fontes	273

INTRODUÇÃO

“— Como é que a senhora chegou aqui?”.
“— Quem é vivo aparece, n’ê?! Quem é vivo aparece”. (Eulina Maria da Costa)

“Do mesmo modo que a nervura sustém a folha por dentro, do fundo de sua carne, as idéias são a textura da experiência; seu estilo, primeiramente mudo, em seguida proferido. Como todo estilo, elas se elaboram na espessura do ser, e não apenas de fato mas de direito não poderiam ser separadas para serem expostas ao olhar”. (Merleau-Ponty; o visível e o invisível, p. 118)

A fala sempre comprometida com as relações mais próximas do passado e de agora, e com o próprio destino: *“cachorrada vinha esperar meu pai na esquina”*, conta Ivone Orsini. A lembrança é um marco presente pelo que se discute, afirma e modifica o tempo da realidade em que se vive. É a alegria e segurança pretendidas no espaço da memória, ao mesmo tempo em que se estabelece a construção atual de uma segurança: o trabalho real e histórico por condições mais favoráveis de existir. E no que se elabora a própria identidade como afirmação do direito à vida, é o medo que perde força para o sujeito político e histórico.

Assim foram os encontros no interior da instituição hospitalar. Nunca pesquisando a loucura, tentando encontrá-la ou entendê-la, mas posicionado na urgência de um convívio bom. Como ponto de partida e alvo, não se procurou encontrar a instituição na sua feição total, e sim compreender, por meio dos protocolos médicos e na experiência de vida dos internos, um contexto histórico de relações determinadas e próprias.

Quanto aos diálogos com os narradores, foram interpretados como possibilidade do novo, pois que, realizados na história, são o possível como arte de invenção da política da vida. Sem essa perspectiva ampla do humano como o que se define no plano das relações históricas, corre-se o risco de limitá-lo às amarras do conceito, do mundo interno como o que

lhe anteciparia e definiria por si mesmo. Sem esse cuidado, que, antes de ser pressuposto teórico, é abertura pela prática e pela experiência, caminha-se na direção do ideológico, do predicado posto no lugar do sujeito. Assim, pretende-se a reflexão sobre essas narrativas orais como uma contribuição ao debate e não como teorema da natureza humana, pois que o sujeito é histórico e é quem dá a narração.

Que se possa localizar o ponto de inversão das arbitrariedades dentro dos serviços de atendimento à saúde mental questionando a marca do desarrazoado e do desigual nos interstícios das justificativas da assistência psiquiátrica, é muitas vezes a convicção forte que motiva parte da crítica que merecem essas instituições. Assim, os esquemas protocolares dos “exames psíquicos” e “clínico-gerais”, bem como as investigações prospectivas na direção da suposta natureza louca que “anamneses” e “históricos familiares” seriam capazes de revelar vão aparecer como denúncia contundente de um conjunto de práticas violentas. Pelo arrolamento dessas fontes, na pesquisa de prontuários, fichas de encaminhamentos, manuais de psiquiatria e psicologia, teses e obras de profissionais da área, e demais documentos, acumula-se um material relevante que pode contribuir para o entendimento do processo de formação da ideologia médica, e também seus surpreendentes avessos nas falas dos idosos. E, então, o problema do que circunscribe essas práticas no interior da forma da sociedade que as acolhe e reproduz pode ficar evidenciado como processo e funcionamento determinados, com atores e poderes claramente constituídos num campo localizável de disputas sociais.

No entanto, se toda a cadeia documental produzida nos atendimentos pode falar do poder médico e das circunvoluções da pretensa lógica que o conduz, somente o fará por um olhar que a ultrapasse sem dela prescindir, que a reencontre mais adiante no que propriamente lhe atravessa e perpassa, a dimensão simbólica do social. O direcionamento da investigação para essa ordem de coisas e processos nos coloca frente a uma realidade que escapa aos mecanismos científicos da exclusão: uma realidade manicomial que não se define nem se

oferece à compreensão sem a devida consideração das práticas de resistências que são a experiências desses homens e mulheres, cujas invenções constituem sua própria história, no meio em que se encontram. Esse pensamento democrático não pode ser ocultado pela história, principalmente sob a desculpa de que dada situação ou época não o favorecera. Será sempre salutar a desconfiança em relação às análises que insistem na busca dos funcionamentos e práticas “sem homens”, percorrendo o caminho que da política como conceito leva ao conceito da política.

Assim, como pressuposto, cabe a afirmação de que não há história que não provenha da ação de homens e mulheres e que para esses mesmos não retorne. O tema da memória, portanto, vai merecer bastante interesse, necessariamente, porque a questão não está em apenas refletir sobre os poderes institucionais impeditivos da lembrança, mas sim sobre as estratégias e experiências de que velhos e velhas lançam mão para garanti-la dentro dessas instituições. O desafio talvez esteja não apenas na aceitação da perspectiva de se “fazer história” a partir das documentações orais, mas justamente reservar às construções da oralidade o lugar principal.

Considerada essa perspectiva de análise das fontes, buscou-se apontar sempre as contradições e as disputas evidentes nos materiais pesquisados e narrativas recolhidas. Há um diálogo vivo nesses documentos históricos. As narrações dos internos de hoje aguçam nossa escuta para as violências não diretamente testemunhadas pelos envolvidos de outros tempos. O relato que segue dá uma medida da profundidade carnal que marca os procedimentos mais corriqueiros da instituição manicomial de ontem e de agora.

Em 28 de abril de 1945, o serviço ambulatorial do Hospital Philippe Pinel faz o registro de entrada da paciente Maria Luiza de Oliveira, encaminhada ao local por uma viatura da polícia. Dentro das dependências hospitalares, a mulher “*negra de 23 anos*” dará à luz uma criança ao sétimo dia do mês de novembro daquele mesmo ano. Segundo consta nos

arquivos da instituição, sete meses e alguns dias, portanto, do dia em que ali chegara. Ficou anotado no seu prontuário, além de algumas poucas e sumárias observações, o seguinte “*exame psíquico*” com a data de 14 de novembro de 1945 (sete dias após o nascimento da criança):

“Tipo estrutural leptosômico, à inspeção, moça em regulares condições de nutrição, mucosas visíveis bastante descoradas. Pulso a 100 batimentos por minuto. Pressão arterial 11 x 8,5. Reflexos osteo-tendinosos vivos. Boa reação pupilar à luz. A paciente em 7 de novembro p.p. deu à luz a uma criança de sexo feminino, sem que nada até então tivesse sido desconfiado. Segundo folhas que acompanham esta observação, fora submetida em julho p.p. à tratamento pelo Von Meduna, tendo tomado 20 choques.

Inquerida porque não nos revelara que estava grávida, afirmou-nos que ignorava também. Sobre o seu estado mental atual, temos a relatar que é um tanto reticente, responde às nossas questões, apenas quando há insistência de nossa parte. Nega distúrbios senso-perceptivos, entretanto seu comportamento no pavilhão e mesmo fora daqui, é de quem tinha alucinações auditivas, não só pelo seu delírio persecutório como pela sua atitude reticente. Está orientada no tempo e precariamente no lugar.

Não tem noção exata do seu estado mental, pois declara-nos que veio para cá porque tinha dores de cabeça. Segundo nos informou a encarregada, antes do tratamento pelo cardiazol, era negativista.

Às vezes, torna-se agressiva. Sua iniciativa é precária e a afetividade acha-se bastante comprometida; não demonstra o menor aborrecimento quando lhe dizemos que sua filha vai se separar dela indo para uma creche. Seu humor é em geral deprimido. Pelo seu quadro atual e apesar de sua moléstia ter surgido com a gravidez, temos a impressão de se tratar de um quadro esquizofrênico.

Tratamento: Tônicos. Desintoxicantes. Eletrochoque. Dr. Paulo Simioni”¹

Contados vinte e oito dias desse exame, veio a óbito a menina recém nascida, tendo alcançado apenas seu trigésimo quinto dia de vida. “*Causa da morte: caquexia e doença: Síndrome Disenteriforme*”.

¹ As transcrições dos excertos de prontuários apresentados ao longo desta pesquisa acompanharam as mesmas letras, pontuações, construções gramaticais e grifos desses documentos.

Ainda sobre o episódio, vale observar outras informações que ficaram registradas nos arquivos do Hospital Pinel. Menciona-se ali que a paciente teria sido internada por Maria José Rangel Salgado, que àquela altura residia na cidade de São Paulo, precisamente no bairro de Perdizes, à rua Caiubi, nº 276. Segundo depoimento dessa mulher, anotado com data de 19 de agosto de 1945 para as folhas de um “*Questionário*” anexo ao prontuário, a paciente Maria Luiza de Oliveira provinha da cidade de Passos, no Estado de Minas Gerais, tendo sido “*tomada a seus serviços*” em sua residência, ali trabalhando “*a contento*” até o momento em que se expressara seu “*distúrbio psíquico*”, o qual se manifestou naquele momento, ainda segundo o texto do “*Questionário*”, por um “*comportamento agitado*”, visto que “*atira pedras na casa dos vizinhos*”. Esse documento em que ficou anotado o depoimento dado pela empregadora de Maria Luiza não aparece firmado na linha da “*assinatura do responsável*”.

Desde o contexto que motiva o internamento de Maria Luiza e o período de sua estada no hospital psiquiátrico, segue uma mesma lógica, só que agora com uma orientação médico-científica. A instituição hospitalar afirma não ter tomado ciência da sua condição de gestante, levando o bebê em formação, pelo encaminhamento da mãe grávida aos “cuidados” psiquiátricos da eletrochoqueterapia, à condição de degenerescência integral dos seus órgãos. “*A paciente em 7 de novembro p.p. deu à luz a uma criança de sexo feminino, sem que nada até então tivesse sido desconfiado*”. Da justificativa dada pelos médicos, faz-se importante notar que o tratamento dedicado durante a gestação e que teve como consequência complicações extremas ao nascituro acontece, segundo as surpreendentes explicações apresentadas, por responsabilidade e negligência da própria parturiente, que “*ignorava também*”, tendo assim impossibilitado aos “especialistas da medicina” o conhecimento do seu estado de gravidez. Passam os seus “cuidadores” de algozes a vítimas. Maria Luiza foi submetida no seu quarto ou quinto mês de gestação ao método Von Meduna, tendo tomado 20 choques. O procedimento não realiza os propósitos abortivos imediatos, mas, ao fim e ao

cabo, era já um natimorto que Maria Luiza carregava no ventre. A absurdidade que ronda o caso vai se recobrando de uma lógica explicável e com razões encontráveis quando verificamos que após a entrevista, a paciente, em resguardo, será novamente reconduzida às sessões de eletrochoqueterapia.

Na leitura dos prontuários dessa mesma época, bem como de períodos anteriores e posteriores, relatos assim se acumulam e alcançam praticamente a condição de situação ordinária.

O esforço no levantamento desses documentos não busca apenas o rastro de práticas atroztes de outros tempos, pois essas se desenrolam ainda agora, desde o momento em que se entra nessas instituições, podendo-se aí observar o mesmo empenho e exercício pela degradação da condição humana. As pessoas que aí vivem são, agora mesmo, merecedoras de cuidados que, quando descritos, alimentam prontuários igualmente contraditórios e impactantes. Do lado de fora da instituição, chegam todos os dias viaturas policiais e ambulâncias, e, nelas, jovens em desacordo com os costumes e a ordem, familiares sem opção de cuidados pelos parentes, velhos e velhas, negros e negras pobres (Barbosa, 1992), e, por vezes, migrantes em busca de uma condição melhor na cidade, como a menina mineira, encomendada em sua cidade natal para serviços domésticos e outros préstimos não contratados. Assim, o mesmo destino que alcança as meninas prostituídas, que habitam as ruas com suas crianças, encontra também a menina negra de Minas Gerais, que chega aos portões do Hospital Pinel com um filho no ventre. Em um e outro caso, a questão da paternidade será recoberta por um providencial preconceito de classe, os rebentos desses ventres impuros serão sempre os filhos da prostituição, sem agentes masculinos prostituidores.

As histórias que se conta aqui não são polêmicas e nem retrato de tempos menos desenvolvidos no plano material e moral. Para analisá-las, cabe ser menos crente na evolução

da ciência. Os relatos de exclusão e violência que seguem não têm o sabor catártico daquilo que olhamos e com o que não nos identificamos. Tampouco são a denúncia de “algo que *ainda* hoje somos”. O exercício da pesquisa histórica arranca do ocultamento não apenas aquilo que nos pasma, aquilo que envergonha, mas, sobretudo, opõe obstáculos aos processos que buscam fazer crer que o passado seria sem homens e comprometimentos, ou que, considerados, não deveriam ser tomados como representativos do modo como oficialmente se pretende que seja lembrado esse tempo *que passou*. O manicômio é, ontem e hoje, expressão de uma formação social determinada. Essas formas de sociedade são aquilo que se explica pela condição de participação de um povo junto ao poder social. Mais do que produto do desvario de alienistas de outro tempo, o manicômio atual é o resultado de processos históricos que se explicam pelo presente.

Pretende-se um entendimento dessas instituições como o que explica e se explica pela formação da sociedade, e como o que isso traz de compreensão histórica sobre o direito das pessoas à cidade. São essas passagens que é preciso buscar. São homens e mulheres não apenas determinados pela história, mas que também constroem as determinações que os determinam. Teremos daí uma psicologia de sentimentos e significações, cheia de pessoas capazes de pleno direito ao “novo”, ao saber que se sabe e à criação, uma psicologia cheia de histórias e igualmente explicável pelo conhecimento da história. A crítica vem pelo conhecimento da cidade: um saber das ruas e passagens que trazem Maria Luiza de Oliveira, grávida, da casa da família rica, à qual atendia com seus préstimos de servente doméstica, até os portões do manicômio.

Feitas essas considerações, vale a breve transcrição dos tópicos do prontuário da paciente Maria Luiza de Oliveira do período de internação que se segue ao aborto induzido:

“30/04/46 Terminou a série de eletrochoques há mais de um mês e não apresentou qualquer alteração; desinteressada, reticente, pouco contato com o mundo exterior. Vai ser submetida ao método de Sakel. Dr. Paulo Simioni”.

“27/01/50 Desde que foi transferida do 8º Pavilhão para este, há 21 dias, continua apresentando o mesmo quadro de esquizofrenia agitada, dormindo fechada na Rotunda toda noite. Vai ser submetida ao tratamento misto (Giorgi), Cardiazol e Insulina. Dr. José Nascimento de Almeida Prado”.

“15/04/50 Acha-se em continuação do tratamento misto (coma insulínico e eletrochoque duas vezes por semana) quase para o fim e sem apresentar sinais de melhora, tanto psíquicas como físicas. Dr. José Nascimento de Almeida Prado”.

“19/04/50 Por permuta foi removida para o 3º Pavilhão, faltando um eletrochoque para terminar a série (20 crises), e já terminando a série de insulina, por enquanto, sem o mínimo resultado terapêutico. Dr. José Nascimento de Almeida Prado”.

Maria Luiza de Oliveira faleceu às 3:30hs do dia 22 de abril de 1954, perfazendo uma carreira hospitalar de nove anos, tendo recebido “tratamento cuidadoso” ao limite de pormenores, como o que aparece nessa última anotação. Com rigor científico, a longa série de crises induzidas não teve, descartada, uma única aplicação de eletrochoque.

Como última observação em seu prontuário, temos que *“o falecimento em questão foi comunicado à Polícia Central, a qual é responsável pela internação da paciente”*. Fica justificada, assim, a ausência da assinatura da empregadora como responsável pelas informações documentadas no arquivo de Maria Luiza. Nesse caso, foram bastantes os resguardos da polícia para os direitos de propriedade, para a garantia dos padrões de se verem livres do comportamento inadequado, bem como da gravidez inesperada. A obra parece finalizada de acordo com o seu planejamento.

Desumanidade, ou seria melhor acreditar que tudo tenha caminhado de acordo com uma lógica que empenha funções e algoritmos numa reprodutibilidade interna a si mesma? Na verdade, nem uma coisa, nem outra. Colocar nesse eixo a reflexão sobre a realidade

manicomial desloca os processos de construção histórica das mãos dos seus sujeitos para a maquinaria produzida por suas práticas.

O que interessa são essas passagens, essa maquinaria de aço e concreto, mas também de pele e consciência, que inviabiliza constantemente outros possíveis históricos. Existe o movimento de uma manutenção constante dessa realidade. São práticas de prontuários e protocolos, de sentimentos e dores, passagens de individualidades e processos políticos na história. O entendimento do mundo não deve se firmar sobre o pressuposto do que seria o término do seu movimento, das suas lutas, o fim da história. Essa psicologia da felicidade e da liberdade como supressão de toda necessidade pode ser deixada aos teólogos-metafísicos de plantão. Não há equívocos nos processos analisados, há antes desigualdades, injustiças e contradições, o que não implica a visão de que a humanidade deveria ser outra, e não a que temos. Essa crítica levaria a tomar a realidade do mundo como o produto de conflitos, a história pelo movimento de idéias, e assim a saída se faria pelo trabalho psicológico sobre as consciências.

Esse “arquipélago gulag” em que vivemos não é composto de processos invisíveis, já que temos a burocracia não como um descaminho, mas sim como realidade positiva, que pretende uma formação social bastante específica. A preocupação com essas injustiças médicas cuidadosamente implementadas deve ser capaz de compreender o possível homem que se pretende desse planejamento. A burocracia psiquiátrica quer um determinado tipo de homem. O Hospital Psiquiátrico Pinel e o Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II estão em São Paulo e fazem parte da cidade, não se deve recortá-los numa lógica própria. Isso seria entendê-los pela perspectiva do que é “outro”, do que é *alienus*. Isso seria alienado, seria “alienismo”.

O Hospital Psiquiátrico Pinel é inaugurado em 1929, como serviço particular, e transformado em atendimento público de saúde pelo governo do Estado de São Paulo, em

1944. Os pressupostos motivadores da iniciativa de criação desse centro hospitalar arrogam a si a marca de uma ciência moderna, provida de supostos avanços na observação clínica e na descoberta de métodos eficazes de tratamento, ao ponto do que se pretendia naquela altura como definitivo. *“Dessa maneira, além dos regimes dietéticos, da psico, fisio, pireto e malarioterapia, os modernos tratamentos de choque – insulinoterapia pelo método de Sakel, convulsoterapia pelo Cardiazol e Eletro-choque – são executados com todo rigor clínico”*.²

No panfleto em que lemos estas linhas, também são apresentadas as instalações do Hospital:

“Afim de dar maior eficácia à organização do Sanatório Pinel, a direção do estabelecimento tratou de aproveitar a vasta área de 90 mil metros quadrados, de que dispunha, construindo em pontos, prévia e cuidadosamente estudados, os vários edifícios, de forma que houvesse uma relação lógica entre os diversos serviços e instalações neles existentes.

O observador que sobrevoe o Sanatório e possa dessa maneira ter uma visão de conjunto de suas amplas instalações, destacará, em meio ao parque geral cuidadosamente tratado, os seguintes pormenores:

A parte sanatorial propriamente dita destinada aos que se internam voluntariamente, aos portadores de leves nevropatias, aos que necessitam de repouso sob vistas médicas, aos carecentes de regime dietético adequado e a Seção Casa de Saúde onde são internados os doentes portadores de distúrbios mais graves e cuja natureza exija a reclusão.

A parte sanatorial se compõe, principalmente, do pavilhão da administração em cuja parte anterior se localizam os escritórios, as salas de recepção, as de consulta e exames clínicos; na parte superior e posterior, estão localizados os refeitórios – masculino de um lado, feminino de outro – onde vêm tomar suas refeições os pacientes dessa seção.

No andar térreo, estão localizados a farmácia, a barbearia, o gabinete dentário, além das instalações fisio e eletroterápicas. Estas últimas são dotadas de moderna aparelhagem: - ondas curtas, ultra-violeta, infra-vermelho, pantostato, eletrocardiógrafo e eletro-choque.

² Material de divulgação por ocasião do momento em que o Hospital Pinel passa ao regime aberto, ainda sob direção clínica de Cantídio de Moura Campos, médico envolvido com a fundação da instituição, ao lado do empresário Arlindo de Camargo Pacheco.

Com este último aparelho que constitui a mais recente aquisição em terapêutica na especialidade, obtêm-se a convulsoterapia sem os fenômenos angustiosos até então inerentes a esse método.

Se imaginarmos o observador olhando da administração para a estação de Pirituba, teremos, do lado esquerdo, a seção feminina da parte sanatorial, com confortável pavilhão coletivo, dotado de quartos amplos e arejados, sóbria e elegantemente mobiliados. Vêm em seguida os pavilhões individuais, que são pequenos bangalôs de feitura moderna e graciosa, onde o paciente pode ficar em companhia de pessoas da família.

Ao lado direito da administração fica a seção masculina. Aqui, além do que acabamos de descrever, há um luxuoso pavilhão de apartamentos.

Também na seção “Casa de Saúde” se cultiva a sociabilidade do paciente. *A seção casa de saúde consta de quatro pavilhões – dois para homens e dois para mulheres – sempre com completa separação de sexos. É a parte fechada do Sanatório, sendo que a feitura de tais pavilhões obedeceu também ao critério que visa dar o máximo conforto possível ao doente.*

Separando a parte sanatorial da seção casa de saúde, há uma extensa área de terreno, onde se encontram uma bem cuidada quadra de tênis e instalações para outras modalidades de esporte ao ar livre.

Aqui também se cultiva o instinto de sociabilidade dos internados, geralmente apenas adormecido. Isso porque é essencial combater-se o antigo sistema de encerrar por dias e dias, o portador de distúrbios psíquicos em estreitas e escuras celas, o que favorece enormemente os estados de introspecção e aumenta os delírios.

Passeios e entretenimentos são excelentes auxiliares da terapêutica em clínica neuro-psiquiátrica. *Finalmente, acrescentamos que o Sanatório dispõe de um amplo ginásium onde os pacientes tem oportunidade de passar algumas horas agradáveis durante o dia. Aí se encontram um piano, aparelho de rádio, bilhares, “snoocker”, mesas de pingue-pongue e numerosos outros jogos de salão.*

A dois quilômetros de distância, o Sanatório mantém uma granja de trinta alqueires de área, que lhe fornece leite puríssimo e abundante, legumes, hortaliças, ovos frescos e frangos. Além do que, nessa chácara, que dispõe de vários animais de sela e um belo lago com respectivo bote, os pacientes já restabelecidos e apenas em consolidação de tratamento, podem passar momentos bastante agradáveis.

Esses entretenimentos substituem a laborterapia, pouco exequível em ambiente sanatorial e quase sempre mal interpretada pelas famílias.

*Some-se a isso as idas aos refeitórios, à barbearia, ao dentista; os passeios pelo parque, as palestras nos caramanchões por ele disseminados, as **torcidas** ao redor do campo de tênis, e ter-se-á a compreensão de que o objetivo de tornar a vida do paciente relativamente dinâmica, pode ser alcançado em um sanatório moderno.*

Consegue-se desse modo, dissipar o tédio, e atenuar as auto-análises, quase sempre de resultados desfavoráveis e deprimentes para o que os nevropatas têm marcada tendência”.

Observando a composição da equipe por um corpo clínico proficiente e especializado, o documento termina assinalando que seus médicos internos, por conta do que se iniciava como regime aberto do hospital, executariam as prescrições dos colegas que internando aí seus pacientes quisessem ter continuadas suas orientações de tratamento.

Do texto publicitário, as inverdades e contradições aparecem pelo levantamento e análise de fontes documentais que apresentam práticas diversas das aí propaladas, como vemos nesta pesquisa e como outros estudos já analisaram (Couto, 1994 e 1999). A perspectiva que se insinua é a de uma empresa privada de saúde e que, como tal, traz princípios e cuidados médicos submetidos ao pressuposto do mercado. Assim, não é para as lacunas do discurso que é preciso voltar-se, como que apontando aí incoerências. É mesmo pela lógica do que é lacunar na propaganda que se alcança o ponto interessante do documento, suas contradições com a realidade. O bonito quadro pintado por essas linhas, o espaço de lazer e prazeres que se descreve, evidencia a necessidade de sanear como vantajosos os “modernos” tratamentos disponibilizados. Os descasos advindos desse momento não deixam de acontecer, contudo, quando formalizado esse serviço como iniciativa pública. A lógica manicomial respeitada pelo moderno estado burguês e pelas políticas totalitaristas, como toda produção ideológica que se constitui pelas lacunas e não apesar delas, ultrapassa as fronteiras

do público e do privado, entretanto, não sem expressar características determinadas em um e outro regime.

O conceito que norteia as práticas do Hospital Pinel no começo da década de 1940 diz o que a instituição foi e viria a ser daí por diante. O referido material de propaganda, do período imediatamente anterior à estatização, traz na capa uma imagem estilizada do terreno e das instalações. Um caminho sinuoso se estende por uma elevação, uma colina. Do descampado da base e laterais da montanha, pronuncia-se ao alto uma porteira e, logo atrás do que seriam as edificações da instituição, há apenas a representação de um feixe largo de luz que abre caminho pelas nuvens cinzas e carregadas. O projeto da medicina psiquiátrica de então representa a prática de ardis e manobras de um poder condizente com a função social do grupo de particulares envolvidos, médicos e empresários. É o rastro dessa desigualdade de participação junto ao poder social que é preciso evidenciar. Que tenha vindo por um pressuposto político a implementação do grande projeto psiquiátrico paulista do fim do século XIX às primeiras décadas do período seguinte, fica explicado pelas resistências que se moveram em direção contrária. É a leitura dessas resistências que se precisa fazer. E estão evidentes em cada página de prontuários desse tempo e em cada fala dos internos hoje custodiados por esses lugares. As práticas e políticas manicomiais se esclarecem no terreno das disputas sociais e históricas de cada tempo.

Os documentos do Hospital Psiquiátrico Pinel estão divididos em dois arquivos. No Arquivo do Estado de São Paulo estão arrolados, em dois volumes, os prontuários de 1929 a 1944, época em que a instituição ainda não era pública. Os documentos posteriores a esse período encontram-se no S.A.M.E. (Serviço de Arquivo Médico e Estatística), alojado no próprio estabelecimento. Além desses, outros prontuários, ativos e em atualização permanente, estão nos setores de serviço de atendimento.

Os arquivos do Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II, instituição fundada em 1885 e sempre vinculada à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, estão acondicionados em sala própria, seu “Arquivo Morto”, ou então nas próprias unidades, com outras fichas e prontuários em utilização. Com projeto arquitetônico de Ramos de Azevedo, o antigo “Asilo do Jaçanã” ficou marcado pela oferta de tratamento a idosos e idosas.

O levantamento de alguns prontuários de idosos e idosas que estiveram, em tempos passados, no decorrer dos anos 1930 e 1940, no Hospital Psiquiátrico Pinel, e, em 1970, no Hospital D. Pedro II, podem nos ajudar a pensar o convívio dessas pessoas com a institucionalização, da perspectiva daquilo que sofreram e de como foram capazes, naquele tempo, de resistir aos maus-tratos, ou não.

O prontuário de Salvador Calvi, de 32 anos, internado em 22 de abril de 1945 no Hospital Pinel, evidencia as estratégias adotadas pelo paciente no sentido de inutilizar a violência do exame psíquico a que é submetido. A resistência de Calvi aparece pelo esforço redobrado do examinador de recuperar suas reações como resultado de um suposto quadro clínico.

“Exame psíquico: Paciente magro. Fácies e atitudes de retraimento e certa desconfiança. A atenção espontânea é deficiente e a provocada ora é boa ora não. Fala entre dentes e só quando interrogado. Dá respostas breves, incompletas, falhas, mesmo indagando-se do número, nome e idade dos seus filhos, quantos anos tem de casado, etc. Onde mora? “Numa rua esquisita”. Quantos filhos tem? “2 ou 3... dois”. Trabalha em que? “Não trabalho... verniz”. Porque o sr. não quis ver sua senhora na visita? “Não estou enxergando bem”. Por vezes não responde só olha-me, sorri, sacode de leve a cabeça. Como se chama este lugar? “Isso não posso saber...”. “Vejo muito claro”. Não se considera doente. Presta-se ao exame de má vontade e demonstra desejo de ir-se. O seu todo; fácies, suas atitudes, seu modo de falar, externam profunda indiferença. Nada reclama, nada pede. No hospital tem estado alheio ao meio, não toma iniciativa nenhuma, não conversa com ninguém e está

sempre com as mãos enfiadas nas calças. A princípio aceitava a internação com indiferença mas depois que tomou eletrochoques (4) sempre que tem oportunidade procura fugir. Atualmente toma Cardiazol e já foi submetido a 3 injeções que suporta com menor resistência do que a eletrochoqueterapia. O questionário não diz há quanto tempo está doente, mas é provável que a doença não tenha mais de 1 ano”.

Se o caso de Salvador Calvi surpreende pela clareza quanto à relação de força imposta e pela sua capacidade de lhe opor obstáculos, o mesmo não acontecia com os pacientes que adentravam ao hospital numa condição de debilidade física mais comprometedora. Com idosos e idosas, o andamento das condutas médicas assustam pela rapidez com que levavam os pacientes a óbito.

Francisco Camaita, pensionista de 62 anos, internado em 18 de abril de 1945, é morto em 7 de julho do mesmo ano. Chega ao Hospital Psiquiátrico Pinel, pelo que consta no seu prontuário, para ficar sob observação, pois teria tentado *“matar sem motivos a amasia”*.

“A moléstia iniciou-se por perturbações mentais, manifestadas por conversas sem nexos, dizendo a todos que vai plantar eucaliptos e que quer por fogo na Cooperativa Agrícola de Mogi das Cruzes; que tem 30.000 em caixa (quando é paupérrimo)... sobe nas grades de cabeça para baixo, tem a mania de mostrar documentos (escrituras, mapas, etc.), de terras de que se diz dono, mostra-se freqüentemente colérico e diz obscenidades”.

Ainda nas poucas linhas que compõem as anotações clínicas do seu estado de saúde, fica registrada a causa da sua morte, *“coma insulínico irreversível, e doença Psicose Maníaco-depressiva-Mania”*. O método de Manfred Sakel, psiquiatra vienense pioneiro na administração de doses elevadas de insulina como maneira de acalmar pacientes agitados, era aplicado cotidianamente e de forma intensiva nos internos do Pinel daquela época. O coma insulínico, pelo que ainda hoje se professa em alguns círculos, promove alterações favoráveis na personalidade de pacientes irrequietos, diagnosticados como esquizofrênicos. O método leva à morte o sexagenário Francisco Camaita e a informação não é sonogada do prontuário

precisamente por tratar-se de um procedimento científico que, se acaso traz eventuais conseqüências “irreversíveis”, nem por isso deve ser posto em dúvida. A técnica pode ser sempre saneada por estatísticas elaboradas cuidadosamente, com médias mais favoráveis.

Alberto Soares Araújo, pensionista contribuinte de 80 anos, “branco”, “brasileiro”, natural de São Paulo, internado no Hospital Psiquiátrico Pinel em 14 de junho de 1945, vai a óbito em 16 de setembro.

“Casado com Julieta Fragoso de Araújo é por ela internado. A esposa envia ao Hospital, em 13/julho/45, um requerimento solicitando “um atestado que a habilite a cassar a procuração outorgada por seu marido a favor de um terceiro, sob alegação de, na qualidade de legítima esposa, poder reger os bens de seu marido. Como o assunto escapa à alçada desta Diretoria, encaminho a V.S. o requerimento aludido, a fim de que lhe seja dado o destino conveniente”.

Das anotações em questionário respondido pela esposa:

“Manifestava idéias extravagantes? (citar algumas se possível)

Sim, sempre, toda a vida, um ciúme excessivo – e sempre fazendo escândalos. Diz também que era colérico, irritado; que sua moléstia havia tido início 2 anos antes da referida internação, mas que há três meses se acentuara. O paciente, segundo ela, tinha vontade de matar, visões de “pessoas ausentes” e ouvia vozes que o chamavam”.

O prontuário nos faz saber ainda que a causa da sua morte foi um colapso cardíaco e que Alberto Soares sofria, pelo que se soube depois do seu falecimento, do curioso, quando não oportuno, mal de “*Caquexia Senil Miocardose*”. Também muito comum na época da internação do paciente, era o tratamento por convulsões induzidas pelo cardiazol, o chamado método von Meduna, em referência ao médico húngaro responsável pela elaboração da técnica, famosa pelas sensações terríficas e angustiosas ao extremo que provocava, como que a antecipar impressões físicas, sobretudo cardíacas, de morte súbita.

Na ocasião em que a eletrochoqueterapia passa a ser empregada, percebe-se “melhoras”, assim definidas pelos que a utilizavam, igualmente significativas na saúde dos pacientes, e já com a vantagem de não acarretar as mencionadas sensações de angústia. Era o “avanço” da ciência psiquiátrica, que se consagrava finalmente. Isso não leva, no entanto – ao menos não no Hospital Pinel – nem ao abandono dos outros dois métodos, nem à diminuição do número de vítimas fatais pela nova técnica, o eletrochoque.

O excerto abaixo trata desses progressos proporcionados pelo advento da psiquiatria como ciência médica, em documento produzido, no ano recente de 1995, pela Secretaria de Estado da Saúde e arquivado no S.A.M.E. (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) do Hospital Psiquiátrico Pinel. O material, supostamente preparado para fins de formação e aprimoramento dos auxiliares psiquiátricos, apresenta um “*histórico*” do hospital e outros tópicos sobre a ciência a que se dedica, como “*tempos idos*”, “*pioneiros*”, “*nasce uma ciência*”, “*por fim a psiquiatria*”, “*atualmente*” e “*o futuro*”.

“(…) Em 1927, um jovem psiquiatra de Viena deu um passo ousado. Administrou doses elevadas de insulina a uma toxicômana para acalmá-la. Aconteceu o que desejava: o paciente acalmou-se. Experimentou, então, a droga em outros pacientes agitados, entre eles, esquizofrênicos. Observou, então, o inesperado: uma alteração favorável na personalidade desses pacientes. O Dr. Manfred Sakel começou, pois, a tratar as psicoses, inclusive a esquizofrenia, pelo choque insulínico, até hoje bastante empregado no tratamento das esquizofrenias.

Na época em que Sakel anunciou o seu tratamento pela insulina, 1933, um médico húngaro, von Meduna, estava trabalhando com a terapêutica pelo choque. Experimentou provocar convulsões com o cardiazol. Esse tipo de tratamento revelou-se excepcionalmente eficiente nas psicoses maníaco-depressivas e em algumas formas de esquizofrenia.

Em 1937, em Roma, Cerletti e Bini, começaram a procurar algo que não produzisse as sensações terríficas do cardiazol. Empregaram a eletricidade, experimentando-a primeiro em porcos e ousando depois aplicá-la em seres humanos.

Por essa relativa segurança e eficácia, o eletrochoque tornou-se uma das terapêuticas mais utilizadas em todo o mundo, sendo ainda hoje muito empregado sobretudo no tratamento dos estados depressivos”.

Impressiona a altivez com que são relatadas as inovações, tudo ideologicamente seguro e eficaz, como que num rastro evolutivo e irrefreável da ciência. O período bastante atual desse documento, a se considerar pelo entusiasmo ainda vivo, dá uma medida do que foram os tempos em que esses métodos acabavam de chegar ao Brasil como a última palavra em tratamento psiquiátrico. Pelo documento acima, no tópico que discorre sobre o que se tem “atualmente”, sabe-se que “a pesquisa de tratamentos continua, não apenas com a convulsoterapia e suas variantes”, mas, sobretudo, pelo trabalho dos “cirurgiões” que “pesquisam novas operações cerebrais para corrigir os casos mais renitentes e a psicocirurgia da epilepsia já é uma realidade”. E é mesmo “o futuro” que se anuncia nessas páginas.

“A pesquisa psiquiátrica está agora em uma de suas etapas mais decisivas. Em nossos dias, calcula-se que, de cada 1.000 pessoas, cinco, anualmente, necessitarão ser hospitalizadas para tratamento de doença mental. A segunda guerra mundial, como a primeira, contribuiu para o aumento das perturbações mentais.

Entretanto, as perspectivas de progresso no seu tratamento são boas. Parece não haver dúvida de que esta época será mas tarde considerada como “idade de ouro” da psiquiatria.

A melhoria dos hospitais psiquiátricos e dos cuidados neles dispensados continua a ser uma das medidas mais necessárias para o progresso da psiquiatria e da higiene mental.

Certamente, tudo o que você fizer para difundir um pouco mais o programa da psiquiatria contribuirá também para torná-lo um melhor auxiliar psiquiátrico.

Você tem um trabalho de significação e importância. Tire dele o melhor partido possível!”.

O tom apoteótico, que causaria palpitações e frêmitos de alegria num Simão Bacamarte, deve ser considerado da perspectiva de que se dirige a uma equipe técnica em plena função. Não são ficcionais os propósitos aí declamados, tampouco sai em sua defesa um teórico isolado que pretenda a retomada de pressupostos alienistas. A “*idade de ouro*” aí anunciada é o que se percebe por alguém que conhece a realidade manicomial e mesmo se pronuncia de dentro dela, justamente para aqueles que vivem esse cotidiano profissional hoje. A prática ideológica que se desenrola nesse documento oficial vem precisamente num esforço de ocultamento da experiência real da história desses lugares. O panfleto de divulgação das instalações e serviços modernos do hospital, acima citado, trabalha sobre a mesma lógica. Na base de um e outro, da manutenção de um chão de proveitosas dotações orçamentárias, é também um poder social que se quer equilibrar favoravelmente. O manicômio é uma realidade que se constitui na e pela prática de pessoas num campo de enfrentamentos sociais marcado por profundas desigualdades políticas e econômicas, e não apenas por idéias ou conceitos defendidos por uma minoria de particulares. As conseqüências dos desequilíbrios desse terreno de lutas são visíveis. A ciência e a técnica são sociais.

Francisco Adelino, português de 70 anos, é internado em 17 de abril de 1945 e morto em 27 de maio. Pelo questionário respondido por um conhecido da esposa do interno, temos informações contidas no tópico “*descrever, si possível, o início e evolução circunstanciada da moléstia*”:

“Certo dia tomou um susto, e daí em diante começou a ficar abobado isto já faz 12 meses e agora está sempre agitado andando para lá e para cá e sempre falando que tem um espanhor (sic.)³ que vem falar com ele e fala em espanhor e durante a noite não dorme levanta-se rasga roupas, está sempre agitado”.

³ Eventuais observações acerca de detalhes gramaticais nos documentos transcritos nesta pesquisa foram feitas pelos próprios autores desses materiais.

Consta no prontuário também uma *“folha de acompanhamento de aplicação de eletrochoqueterapia”* em anexo. O corpo de Francisco Adelino é encaminhado para ser enterrado no Hospital do Juquery. Acompanha-o uma *“folha de identificação”* do cadáver, com as digitais e uma foto sua, já morto, com os olhos fechados e um chumaço de algodão na boca. Aparece deitado numa maca de cimento, com o cabelo raspado e a cabeça apoiada num vinco próprio para o encaixe do crânio. Não se vê pontos de sutura. De qualquer forma, como não constam aí encaminhamentos para contatos com os familiares, não é de se duvidar que tenha também o seu cadáver servido a outros fins científicos. Ao lado do corpo, seu número de identificação: 22159.

Um registro fotográfico em condições semelhantes aparece no prontuário de Takamoto-Tioski, internado em 10 de abril de 1945, e morto em 31 de maio do mesmo ano, quando contava 30 anos de idade. No atestado de óbito, consta como *“causa da morte: colapso cardíaco e doença: gangrena generalizada”*. O prontuário tem anotado, na capa, a observação *“eletrochoque”*, tratamento igualmente recebido por Francisco Adelino.

“10/4/45. Não existem informações a seu respeito e o paciente nada nos explica e nem fala conosco. No momento em que o vemos encontra-se em estado de grande agitação, sendo obrigado a ser contido fisicamente e isolado dos demais doentes, pois agride e então é agredido. Parece estar confuso, alheiado ao ambiente, afastado da realidade. Deverá ser internado no Hospital do Juqueri, para fins de tratamento e observação”.

Takamoto-Tioski havia sido recolhido na carceragem da Repartição Central da Polícia como demente e, então, encaminhado ao hospital. Talvez algum procedimento de biopsia específica se seguisse aos casos de internos mortos pela eletrochoqueterapia que não tivessem parentes reclamantes, ou possivelmente esses exames fossem realizados sem que a família tomasse conhecimento ou os autorizasse, tudo em nome da ciência. Não houve caso de fotografias de cadáveres em prontuários de internos mortos em outras circunstâncias.

Um outro caso de idoso que se resolve pelo falecimento em um curto espaço de tempo é o de José Augusto Luiz de Gonzaga Uyttenhoeven, *“belga, branco, solteiro, católico, padeiro/chacareiro”*, de 65 anos, internado no Hospital Psiquiátrico Pinel, em 26 de abril de 1945, e morto em 24 de maio. Segundo um atestado médico, o paciente era portador de *“Coréia de Huntington”* e conseqüentes perturbações mentais. O questionário respondido pelo reitor do Seminário Menor de Pirapora do Bom Jesus, *“nenhum grau de parentesco”*, faz menção a um certo *“nervosismo excessivo que lhe causa continuamente um mexer do corpo todo”*, *“perturbações mentais”* e *“vontade de se matar”*. Mais de uma vez, esse último motivo é apontado como sendo o mais grave, tendo, ao que tudo indica, levado José Augusto à internação psiquiátrica. Sua vontade mórbida parece ter sido atendida em menos de um mês de *“tratamento”*.

As arbitrariedades praticadas pelo eletrochoque em nome do que seria um procedimento terapêutico alcançam níveis surpreendentes no caso de Lourença Rodrigues, moça de 25 anos, com uma primeira passagem pelo Hospital Pinel, em 1930, e aí ficando definitivamente a partir de 17 de maio de 1945. Segundo questionário respondido pelo pai e pelo irmão, a *“moléstia”* de Lourença teria começado após *“um banho frio”*, quando *“menstruada”*. Segue exame psíquico realizado quando da sua segunda internação.

“Mantém bom contato com o meio, sabendo nos informar que já esteve aqui internada, sabendo o nome do Hospital, o nosso nome e de algumas servidoras. Sem motivo justificado, porém, põe-se a chorar, vertendo abundantes lágrimas. Não tem perfeita noção do seu estado mental, dando uma desculpa pueril e sem lógica para sua reinternação, entretanto diz que não trabalhava fora por causa de sua saúde...”

O motivo supostamente nada *“pueril”* e mesmo bastante *“lógico”* do banho frio, durante o período de menstruação leva Lourença, pelo que consta de fichas arquivadas, a uma quantidade inacreditável de eletrochoques, difícil de precisar, mas, ao que tudo indica, numa média de duas séries de oito aplicações por semana. E como seu histórico de internação

ultrapassa um intervalo de quarenta anos, pode-se ter uma idéia da quantidade de seções a que foi submetida. À parte, a indução de pré-coma pela insulino-terapia foi um tratamento corrente no seu dia-a-dia, dando-se conjuntamente às aplicações de eletrochoque. Outro exame psíquico:

“20/julho/54. Calma, conversando razoavelmente. Nota-se desde logo, uma pessoa tímida, com um nível intelectual um tanto baixo. A todo momento, pergunta-nos si não vamos lhe aplicar choques, pois diz ter demais estes. Bem orientada. Demonstra pobreza em relação à fatos pregressos. Conversação destituída de entusiasmo. Dr. Paulo Simioni”.

E continua irremediável o tratamento, plenamente justificado no diagnóstico de *“esquizofrenia, forma hebefrêno-paranóide”*. Após o explícito pedido de ajuda, Lourença ainda receberá uma série de quarenta pré-comas induzidos. E em 4 de novembro desse ano de 1954: *“tratamento terminado. Condições psíquicas um tanto melhoradas, principalmente no setor da iniciativa. Dr. Paulo Simioni”*. Logo na seqüência, é retomada a eletrochoqueterapia, continuando até 1972, ano em que se anota o último registro do procedimento, talvez tendo Lourença falecido nesse mesmo período.

O trajeto que vai da internação ao óbito em intervalo de tempo que em poucas ocasiões ultrapassa os trinta dias é comum entre velhos e velhas nesses primeiros anos do Hospital Pínel. Poucos são os que alcançam a sorte de não serem vítimas desses processos. Esse é o caso de Octaviano Pinto César, pensionista de 77 anos, internado pela esposa, em 17 de agosto de 1945, e por ela mesma resgatado, *“sem alta”*, três dias mais tarde.

As discussões encaminhadas nos capítulos seguintes têm base no levantamento de fontes orais, além de dados coletados dos prontuários (os que constam nos Arquivos “Morto” e “Ativo” das instituições); documentos de circulação interna dos hospitais (tais como fichas de internação e desinternação e relatórios das atividades diárias da equipe de enfermagem); e bibliografia voltada tanto para o estudo dos centros de atendimento à saúde mental aqui

arrolados, como também, e aí de forma mais abrangente, para a questão histórica da formação das instituições médicas, bem como da medicina social, no Brasil e particularmente na cidade de São Paulo. A historicidade de toda a questão que envolve esse projeto, portanto a lógica e o processo de constituição histórica que preside a formação do contexto particular que atravessa a vida das pessoas que vivem hoje nas instituições estudadas, teve nesse aporte documental sua principal base de fundamentação. As fontes foram analisadas pela perspectiva da revalorização da experiência de vida e de resistência dos internos desses lugares.

Assim, a pesquisa está estruturada em três capítulos. No primeiro, são discutidos os rumos e destinos das histórias de vida mais proximamente ligadas ao histórico de internação. São sentidos de cidades que se encontram, o desejo de moradia própria, a vontade de ir embora e as expectativas com o tempo da velhice. No segundo capítulo, é abordado o tema das memórias da convivência familiar, violências e agravos do mundo das ocupações e trabalhos da vida inteira. Nessa oportunidade, são conhecidas as aproximações entre as injunções e sofrimentos impostos pela vida pregressa e pela vida institucionalizada. Num terceiro momento, pensa-se a resistência pela cultura, em sentido amplo, que se cria e se preserva dentro dos hospitais: o humor e a força dos comentários, a clareza quanto à violência dos procedimentos e, desse modo, as estratégias em direção à democracia, pelas formas encontradas de participação junto ao poder institucional.

RELAÇÃO DOS NARRADORES

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PINEL

Eulina Maria da Costa – Nasceu em Curitiba, Paraná, em 05.09.38. Passou por internações psiquiátricas nessa cidade e está no Hospital Psiquiátrico Pinel desde 09.12.1988.

Unidade atual: Convívio.

Julia Kluiber – Nasceu na cidade de São Paulo, em 21.06.1938. É transferida para o Hospital Psiquiátrico Pinel em 06.05.1974, conforme informações em seu prontuário, depois de uma internação de 21 anos no Hospital Juquery. Pela narração sabemos que sua primeira passagem em Franco da Rocha remonta aos seis anos de idade. Unidade atual: Convívio.

Luzia Satilho de Souza Ferreira – Nasceu em Osvaldo Cruz, São Paulo, em 21.07.1944. É transferida do Hospital São Genaro para a Casa de Saúde Santana em 24.06.1992. A primeira internação no Hospital Psiquiátrico Pinel data de 07.05.1999. Unidade atual: Convívio.

Maria Aparecida Adão – Nasceu em Espírito Santo do Pinhal, São Paulo, em 21.09.1940. Primeira internação no Hospital Psiquiátrico Pinel em 08.05.1999. Unidade atual: Lares Abridados.

Ostílio José dos Santos – Nasceu em Jatobá, Bahia, em 04.03.1934. Teve seu ingresso no sistema psiquiátrico em 1975, com passagens pela Casa de Saúde Anchieta e Irmandade Santa Casa de Misericórdia. É transferido, em 24.12.1987, para a Clínica de Repouso Mococa S/A, onde esteve desde 05.07.1976. Seu registro de entrada no Hospital Psiquiátrico Pinel é de 14.07.2002. Unidade atual: Lares Abridados.

HOSPITAL GERIÁTRICO E DE CONVALESCENTE D. PEDRO II

Ivone Orsini – Nasceu na cidade de São Paulo em 12.10.1932. Interna do Hospital D. Pedro II desde 24.08.2004. Unidade atual: 21; ala psiquiátrica feminina.

Maria Russo – Nasceu na cidade de São Paulo em 29.08.1919. Teve uma primeira internação no Hospital D. Pedro II em 10.02.1984, e uma segunda em 14.07.1994, com passagens por várias unidades da instituição. Desde 2002, vive na ala psiquiátrica. Unidade atual: 21; ala psiquiátrica feminina.

Nair Bretas – Nasceu em Uberaba, Minas Gerais, em 30.09.1917. Interna do Hospital D. Pedro II desde 15.01.2003. Unidade atual: 21; ala psiquiátrica feminina.

As Comissões de Ética em Pesquisa dessas instituições, através de parecer formal, aprovaram o desenvolvimento deste trabalho em suas dependências (acesso aos internos, bibliotecas, arquivos de prontuários e instalações de enfermarias e ambulatórios). Também os narradores concordaram com os termos do processo e divulgação das suas falas.

HISTÓRIA ORAL À GUIA DE APRESENTAÇÃO METODOLÓGICA

Esta pesquisa utilizou técnicas e procedimentos da prática de entrevistas. A maneira como conduziu o uso desse instrumento de investigação seguiu certas tendências da pesquisa em História Oral.

O historiador Alessandro Portelli, representante desses quadros, diz que uma entrevista “*é uma troca entre dois sujeitos: literalmente uma visão mútua*” (Portelli, 1997a, p. 9). E é nessa perspectiva de revalorização da condição de sujeitos políticos de ambas as partes, narradores e entrevistador, que a pesquisa alcança uma interação, encontrando antes a intersubjetividade do que o subjetivo mais íntimo.

Mercedes Vilanova, nessa linha, pensa que “*a entrevista significa realmente duas pessoas que estão se olhando. E é nesse olhar-se um ao outro que a fonte oral se justifica, porque constitui um processo de aprendizado*” (Vilanova, 1994, p. 47). Da afirmação dessa postura, tem-se o diálogo como ponto de partida da pesquisa, e daí o processo pelo qual os olhares se formam de parte a parte no momento do encontro. Pesquisador e entrevistado encontram o próprio olhar e a própria escuta no momento em que se vêem e conversam. A

situação de entrevista é antes de tudo uma vivência a dois, uma experiência em comum, uma *“síntese nova que elaboramos através do diálogo”* (ibid.).

Anunciada a concepção dialógica para a prática de entrevista, vale discutir em que termos se orientou aqui esse processo, melhor dito, de qual estratégia se fez uso para a obtenção dos dados necessários para a discussão. Não se trabalhou, nesta pesquisa, com questionários fechados ou previamente pautados. Houve, é claro, um conjunto de linhas de interesse, questões relativas às várias problematizações acerca dos poderes disciplinares e seus desdobramentos psíquicos, sociais, políticos e institucionais. Mas dentro desses parâmetros, esperou-se estabelecer com os colaboradores um ambiente e um contexto de diálogo ético e desprovido de pressuposições ou encaminhamentos diretivos de suas falas e experiências. Essa perspectiva pretendia evidenciar a dimensão da prática política das narrações e memórias, nas opções próprias e injunções da vida aí significadas.

Como aparato técnico para a realização das entrevistas, fez-se uso de um gravador digital de áudio, o qual serviu tanto para o registro das narrativas orais, como também de algumas percepções e impressões colhidas durante as entrevistas, igualmente anotadas em caderno de campo e incorporadas nas análises posteriores.

A memória é o passado através do presente, pois o que passou permanece também pelos sentidos do histórico atual. E é mesmo um futuro que se anuncia nesse resgate, como afirmação da possibilidade de um presente em que lembrar seja possível, e que dos significados e práticas dos dias de ontem possam se alimentar os fazeres e saberes de amanhã. Assim, a história é prática inerentemente política quando busca, ou não, assegurar esse campo de possibilidades, quando se volta para um ou outro tema de pesquisa, contribuindo para a definição do que permanecerá, ou não, dos sentidos do passado e do presente, sendo mesmo os termos de realização do porvir que partem dessa disputa.

Com relação à pesquisa histórica como estudo do passado, do presente e do futuro, vale lembrar de Luisa Passerini (1998, p. 214) quando, pensando a concepção de presente como “lacuna” entre passado e futuro (expressão e idéia de Hannah Arendt), diz que “*o tempo não é um continuum, mas interrompe-se no ponto onde o ser humano se encontra e onde ele/ela tem que se posicionar contra o passado e o futuro juntos*”. O presente, pelo filtro dessa idéia de descontinuidade do tempo histórico, pode ser compreendido, então, como uma lacuna de experiência política cotidiana. O passado, o presente e o futuro são experiências históricas constituídas reciprocamente no tempo social. Passerini diz ainda que a História, em particular a História do tempo presente, “*pode contribuir para criar a lacuna que cada geração nova, cada ser humano deve descobrir e preservar mediante um trabalho assíduo*” (ibid.). Comenta a autora que não é por acaso que Hannah Arendt, em seu ensaio sobre esse tema, abre com René Char, quando esse afirma que “*nosso legado não foi precedido de nenhum testamento*”. A subjetividade é terreno de embate político, quando todo homem e toda mulher tornam-se sujeitos históricos de seu tempo.

No que concerne às questões que envolveram a transcrição das entrevistas, optou-se pela manutenção das construções próprias dessas narrativas orais, pois dessas linguagens são concepções históricas e culturais que se evidenciam, e, isto, pelos sotaques, tempos e movimentos de idas e vindas das histórias relatadas, ambivalências, enfim, relações de autoria que aí se inscrevem.

Marcos Silva (2001, p. 426), refletindo sobre os cuidados metodológicos de alguns pesquisadores de História Oral na correção gramatical e edição preliminar das narrativas, comenta que em nome da hegemonia da escrita e do padrão culto, é a própria fala que se perde, “*hesitações, euforias, ritmos e tons expressivos, outras emoções...*”. Deleuze e Guattari (1997, p. 46) defendem que a imposição da gramaticalidade correta vem por injunções sociais que buscam a unificação de comportamentos por costumes e práticas hegemônicas, sendo as

instituições especiais, como os manicômios, os precisos lugares aos quais pertenceriam os que não acompanham essas pressões da linguagem dominante. No dizer desses autores, “*a unidade de uma língua é, antes de tudo, política*”.

É por esses motivos - éticos, políticos e que implicam, sobretudo, relações de poder – que se defendeu para esta pesquisa uma transcrição que acompanhasse expressões regionais e outras características das falas dos narradores. Evidentemente, o trabalho de edição implicou colocar pontuação, procurando seguir o ritmo da escrita presente na narração, do contrário, uma bela narrativa poderia perder-se numa péssima redação.

De todo modo, embora seja metodologicamente correta a técnica que se utilizou para a guarda das fontes orais, fundamental mesmo, na construção do tema, foi “*tentar entender o entrevistado em seu contexto, o lugar de sua fala, considerar sua História de vida*” (Souza, 1995, p. 29). Nessa direção, é a própria experiência por mais igualdade que se pode alcançar a partir da abertura para o diálogo. Nas palavras de Portelli (1997a, p. 10), a entrevista de campo “*não pode criar uma igualdade que não existe, mas ela pede por isto*”. Contudo, na defesa de um trabalho de pesquisa em história como experiência política, não se pode esquecer que se a igualdade faz a entrevista aceitável, é, entretanto, pela diferença que se faz relevante (ibid, 1997a, p. 23).

É preciso lembrar que quase sempre a primeira pessoa que fala numa entrevista não é o entrevistado, mas sim o entrevistador. Por conseguinte, é esse último que acaba definindo os papéis e estabelecendo a base de autoridade narrativa (Portelli, 2001, p. 18). Assim, “*poder será uma questão central levantada, implícita ou explicitamente, em cada encontro entre o pesquisador e o informante*” (1997a, p. 10). Lutar contra esse poder, abrindo os diálogos para uma experiência democrática, é mesmo uma dimensão política da pesquisa em História Oral.

Quanto aos fundamentos teóricos que sustentaram o estudo e a análise das narrativas orais, desconsiderou-se a idéia de um inconsciente recipiente, armazém de conteúdos fixos,

sempre prontos ao desvelamentos de supostas chaves interpretativas, consciências magnânimas ou Leis extra-sociais. Como lembra Castoriadis (2000, p. 13), não existem lugar e visão exterior à História e à sociedade, *“todo pensamento da sociedade e da História pertence em si mesmo à sociedade e à História”*.

Fez-se aqui uma discussão histórica sobre o envelhecimento de homens e mulheres internos de hospitais psiquiátricos da cidade de São Paulo, a partir do que puderam dizer de suas práticas e experiências de vida, de suas relações com as instituições e com as equipes técnicas, dos preconceitos e violências que sofrem ou sofreram e também de atitudes compreensivas e criativas que alguns daqueles profissionais desenvolveram e desenvolvem, enfim, do que pensam sobre o que significa ser velho nessas condições e numa sociedade como a brasileira.

A historiadora Yara Aun Khoury (2001), na leitura dos rastros das experiências no interior das narrativas, aponta que é mesmo a noção de fato histórico que se abre pela prática de entrevistas, pois são os elementos da cultura, apropriados pela prática da própria vida no convívio e disputas no campo social, que se incorporam aí como enredos, dimensões simbólicas e imaginárias, pontos de vista, sentimentos, valores, enfim, a subjetividade narrativa como material para se pensar a realidade de um determinado momento da história. No dizer da autora, será preciso tratar sonhos, expectativas, propostas, projetos e fabulações apresentados nas narrativas orais *“como fatos, passíveis de reflexão objetiva, oferecendo indícios de possibilidades alternativas na realidade social”* (ibid, p. 85).

Luisa Passerini (1993, p. 39), em defesa de uma historicização dos mitos e significados presentes nas documentações orais, pratica a política de uma *“interpretação que opta por envolver-se na sua própria gênese”*. Não havendo, assim, as chaves interpretativas universais, sendo, ao contrário, a fechadura que *“se transforma em chave e vice-versa”*.

A presente pesquisa partiu do entendimento de que existe um rumor de vozes e sofrimentos que expressam dores para as quais temos ouvidos historicamente pouco atentos. Essa investigação empírica questiona os conceitos de teorias científicas que silenciam o grito histórico dessas pessoas por análises intrapsíquicas. Nas palavras de Déa Fenelon (1995), a importância do trabalho empírico é que ele elabora sentidos conceituais, ao tempo mesmo em que os testa na realidade histórica.

E é novamente Souza (1995) que antecipa dúvidas ao refletir que não basta por si só a opção pela documentação oral para que uma História se constitua numa contra-História. Defende esse autor que pensar e trabalhar uma História crítica implica não só apreender o ponto de vista dos marginalizados e explorados ou cuidar para não reduzir a História ao institucional, mas, sobretudo, exige ultrapassar pressupostos da linearidade e dos determinismos na interpretação das narrativas dos sujeitos políticos e demais fontes.

A pesquisa em História Oral não pode desdenhar dessa ética. Precisa apresentar-se sem dissimular o lugar de onde fala, sempre na busca por uma experiência de igualdade ao lado das pessoas com quem trabalha. Mais do que tudo, deve se esforçar em contribuir para que a informação das realizações e desdobramentos históricos do fazer social de toda uma gente circule mais democraticamente. Foi nessa direção que caminhou esta pesquisa, buscou no diálogo com sujeitos históricos uma forma de fazer circular experiências dando-lhes maior visibilidade, sem descuidar de ouvir a multiplicidade de vozes no campo da Saúde Mental.

Por uma questão de foco, não foram entrevistados profissionais de saúde mental envolvidos no cotidiano das instituições psiquiátricas pesquisadas. Optamos por apreender suas experiências, que na diversidade de atividades operam práticas que abrangem a manutenção de pressupostos bem como atitudes críticas, no dia-a-dia de visitas a essas instituições. Também conversas e diálogos desses profissionais aparecem ao fundo das gravações, em bate-papos mais descontraídos nos corredores, que geraram observações

devidamente registradas em caderno de campo. E das próprias entrevistas, quando por vezes esses técnicos participavam das conversas, pôde-se colher um material relevante para a reflexão. Analisamos desse modo as suas falas, não como posicionadas apenas a partir do lugar de sua profissão, mas como provindas de um todo de relações institucionais que por vezes acontece ultrapassar as formalidades dos papéis aí desempenhados. Esses enfermeiros e enfermeiras souberam, contudo, distinguir-se pela competência e saber técnicos, seja na afirmação dos poderes investidos pela instituição, seja no testemunho da sua própria saúde como incólume à suposta loucura dos pacientes, compreendida aí à maneira do contágio pelos vírus. Também da análise dessas fontes, buscou-se evidenciar as fronteiras internas dessas instituições.

O TEMA

Os estudos das instituições psiquiátricas na pesquisa em História apóiam-se mais comumente em documentos de arquivos físicos. O recurso à documentação oral aparece com mais frequência em trabalhos nas áreas de medicina, psicologia e farmácia, na verificação de supostas dinâmicas internas dos quadros nosográficos, pelo que as narrativas dos que sofreram tratamentos ficam secundarizadas como apoio e ilustração. A opção desta pesquisa pela História Oral veio pela concepção de que a partir das narrativas orais de internos psiquiátricos, pela revalorização de suas experiências e práticas de vida, pode-se contribuir para o conhecimento historiográfico com um elemento quase sempre ignorado nas reflexões sobre o tema, o fato de que essas pessoas existem, e sua existência histórica não é supressa pelos procedimentos totais desses lugares (Ignatieff, 1987).

O estudo sobre as práticas da loucura manicomial é importante para se pensar o status da velhice no Brasil. Sobretudo, em razão das concepções que entendem o sofrimento

psíquico nessa faixa etária como uma condição que lhe seria inerente⁴, o que retira essas pessoas do contexto histórico e político em que vivem. São fortes e marcantes as injunções sociais que ameaçam parte das mulheres e dos homens que envelhecem na sociedade brasileira, não podendo uma tal conjuntura ser simplesmente descartada. Uma reflexão sobre o envelhecimento em instituições psiquiátricas não pode perder de vista a realidade mais ampla das pessoas atuantes dessa cultura de práticas e ações históricas.

A realidade da “loucura”, ao correr do tempo, como mostra Foucault (1972), incorpora e reflete uma vasta gama de nomenclaturas e definições, assim como práticas e políticas sociais determinadas. Esta pesquisa, por ser também um modo e uma forma do fazer social-histórico, inescapavelmente agrega novos contornos à história do termo. Outros sentidos disso, como também do seu entorno político-social, surgem do próprio diálogo com os narradores, velhos e velhas internos de hospitais psiquiátricos, bem como da documentação escrita proveniente dessas instituições especializadas, prontuários e demais materiais de arquivo.

Também a partir de Foucault (ibid., p. 154), sabe-se que práticas específicas da medicina psiquiátrica vão cumulativamente contribuindo para uma cultura de descarte da subjetividade dos seus pacientes como campo de luta política, e isso sobretudo pelos “exames médicos” que naturalizam o sofrimento em rituais precisos e organizados para estabelecer uma relação hierárquica e extra-social com essas pessoas. No dizer do autor, o exame diferencia e sanciona os indivíduos pela visibilidade que lhes impõe, pela marca dos resultados do exame psiquiátrico. É o sujeito inteiro que, nesse momento, vem pelo filtro da “doença mental” diagnosticada, e assim *“a superposição das relações de poder e das de saber assume no exame todo o seu brilho visível”* (ibid.). No dizer de Basaglia (1994c, p. 299), a partir desse ponto, *“a loucura deverá exprimir-se na linguagem da doença”*,

⁴ Assim pensam a questão, entre outros, os autores Messy; Bianchi; Goldfarb; Léger; Tessier e Mouty. Essa crítica aparece desenvolvida mais adiante.

reconhecendo-se o seu direito à palavra apenas enquanto enfermidade. Assim, no instante em que a razão médica lhe dá a opção de falar ou se põe a escutá-la, estará atenta somente aos sintomas esperados do quadro nosográfico, pelo que recuperará todo o resto no campo do sem sentido que igualmente verifica o estado da doença diagnosticada. Os sintomas precisam se manifestar (ibid., 1994b, p. 261). Esse modo de diálogo, às avessas, fica fartamente evidenciado pelos prontuários aqui arrolados. Também as narrações dão testemunho desses conflitos. Quanto maiores os esforços de silenciamento tanto mais se agudizam as vozes em contradição.

São várias as práticas desses procedimentos psiquiátricos totais que buscam invisibilizar o sujeito político por técnicas de visibilidade médica, pelas quais, nos manicômios, pretende-se reinventar e realizar o homem como louco, forçando sua existência aí dentro sempre a partir do suposto mal psiquiátrico. E, assim, essas pessoas viram atração e espetáculo para a circulação menos restrita desses lugares. Como lembra Goffman (1974, p. 32), estão os internos aí expostos constantemente em sua intimidade física, inclusive a pessoas de ambos os sexos, equipe técnica, visitantes, e demais internos. Com dormitórios e banheiros sem portas ou trancas, “*o internado nunca está inteiramente sozinho; está sempre em posição em que possa ser visto e muitas vezes ouvido por alguém, ainda que apenas pelos colegas de internamento*”. Das narrações de Maria Russo e Eulina, observa-se essa realidade em todo o seu vigor.

Legitimam essa lógica científica de exclusão as concepções teóricas que desconsideram o que manifestamente as vítimas dessa realidade têm a dizer. Quando os ouvem, fazem-no para interpretá-los no suposto conteúdo latente do seu ser doente. O que esses homens e mulheres sofrem por violências reais vem filtrado como sintomas fantasiosos de mentes desagregadas.⁵ Assim, os depoimentos dados aos profissionais de saúde acabam

⁵ O “vocabulário de psicanálise” de Laplanche e Pontalis (1998, p. 158), apresenta uma definição de esquizofrenia justamente nesses termos, ao apontar como suas principais características “*a incoerência do*

sempre confirmando o que seria “a natureza de sua própria enfermidade”, nunca devendo à realidade social e histórica. Não importa o que diga o depoente àqueles profissionais, de um jeito ou de outro, a ciência psiquiátrica o recobre.

Viver nesses hospitais e ainda por cima ser velho é experimentar em dobro essa lógica. Além de submetidos ao mesmo silêncio, aos idosos é imposto ainda, e já antecipadamente pela cultura social mais ampla, a idéia de que por natureza são queixosos da própria vida, aparecendo a velhice como o tempo da eterna insatisfação. A narradora Maria Russo chega mesmo a merecer em seu prontuário a categoria nosográfica de “*poliqueixosa*”. Arbitrariedades, assim, na forma de amordaçamentos científicos, quando não concretos também por violências hospitalares mais propositivas, se confundem com a própria história da psiquiatria.

A historiadora Clementina da Cunha (1988, p. 127), ao tratar da História do Juquery e, portanto, da constituição do alienismo⁶ no Brasil⁷, fala a respeito da lógica social e política que cientificamente orientava os médicos alienistas quando do preenchimento de prontuários. Escreve a autora, que, “*naturalmente, o alienista só anota, entre os dados enunciados no formulário, aqueles que serão apontados no final como denunciadores da ‘doença’*”. Dado que o modelo de prontuário proporcionava um vasto campo de esquadrinhamento, dificilmente conseguia alguém escapar ao olhar especializado desses doutores, prontos para iluminar a loucura lá onde ninguém a enxergaria.⁸ Ressalta ainda a historiadora que a descrição do diagnóstico merecerá maior ou menor fundamentação, ficando, então, “o

pensamento, da ação e da afetividade (...), o afastamento da realidade com um dobrar-se sobre si mesmo e predominância de uma vida interior entregue às produções fantasísticas (...), uma atividade delirante mais ou menos acentuada e sempre mal sistematizada”.

⁶ Movimento psiquiátrico que se alastra por vários países no período que vai do séc. XIX à segunda metade do séc. XX caracterizando-se por uma concepção de tratamento que estende os “cuidados” dos hospícios, propriamente ditos, para a sociedade como um todo. O alienismo inaugura uma prática de patrulha moral e política dos comportamentos e dos costumes indesejáveis, inserindo-os no contexto da psicopatologia.

⁷ O texto “A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo”, de Robert Castel, apresenta um claro panorama de como se dá esse processo na França. As teses e análises por esse autor expostas servem, inclusive, de contraponto para a história da instalação da maquinaria alienista em nosso país.

⁸ É essa a clarividência de Simão Bacamarte, personagem principal do conto “O alienista” de Machado de Assis.

prontuário mais ou menos recheado, em função do grau de importância social e do grau de visibilidade da loucura diagnosticada” (ibid.). Pelo que comenta, pobres negros e indigentes sífilíticos, ou epiléticos, recebiam diagnósticos telegráficos. Também a partir da presente pesquisa, sabe-se que as velhas e os velhos compõem esse rol.

Para que não soem abafadas, datadas num “arcaísmo do conhecimento”, ou antes, para que não se alegue, por pureza ou fé na “evolução” da ciência, que tais “cuidados” médicos são resultado de conceitos naquele momento ainda não suficientemente “evoluídos”, vale lembrar de Joel Birman (1978, p. 30) quando diz que se deslocam de modo caricatural as verdades da ordem psiquiátrica, se não inseridas na trama viva da História, no seu tempo constituidor de sentidos. Seria preciso, segundo esse autor, tomar o saber psiquiátrico “*como conhecimento forjado num determinado lugar, vindo para responder a demandas específicas da sociedade capitalista*”. Assim, a formação conflituada desse campo de saber, as contradições entre seus conceitos básicos, “*os choques entre a representação teórica e a prática asilar*” (ibid.), enfim, o conjunto dessas ambigüidades “*são o próprio saber psiquiátrico e sua revelação no tempo originário*” (ibid.), e não o resultado preliminar da ainda inconclusa evolução das suas metodologias, cujos avanços nos trabalhos da psiquiatria contemporânea poderiam fornecer.

As instituições psiquiátricas sempre foram e ainda hoje são lugares onde se praticam arbitrariedades de todo tipo.⁹ Nise da Silveira, uma psiquiatra que evidencia a possibilidade de vozes críticas em seu meio profissional, em depoimento apresentado pelo documentário “*Imagens do Inconsciente I*”, diz que sentia muito por nunca terem perguntado a ela onde se achavam as pessoas que tinham pintado os belos quadros expostos no Museu da Imagem do Inconsciente, pois queria poder responder que se encontravam “*nos tristes lugares chamados*

⁹ A publicação em 27/03/2001 do Projeto de Lei n.º 3.657-D, de 1989, “a lei antimanicomial”, representou uma enorme conquista na direção de uma sociedade sem manicômios. Porém, em nenhum de seus atuais 13 artigos, fica definido o fim das instituições manicomiais no Brasil, nem mesmo a proibição de longas internações nesses espaços. Se em algum parágrafo se declara isso, é porque da leitura de um seguinte se pode encontrar a jurisprudência necessária para o contrário. Prova disso é a Portaria 469/GM de 16/04/2001, promulgada menos de um mês depois, e que sob a chancela do então ministro José Serra fixa uma parcela anual de R\$ 39.578.108,00 a ser distribuída entre todas as Unidades Federadas para a criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos.

hospitais psiquiátricos”. Segundo Basaglia (1985, p. 101), o que caracteriza tais instituições é uma nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. O desrespeito e a exclusão estão na base de todas as relações que ali se estabelecem. Nas palavras desse autor, os hospitais psiquiátricos são, por definição, “*verdadeiras instituições da violência*” (ibid.).

As narrativas orais de velhos e velhas que vivem “tratamentos” psíquicos em instituições psiquiátricas na cidade de São Paulo representam uma grande contribuição para a politização dos debates sobre a condição social da velhice e a realidade manicomial brasileira. Pela memória presente dessas pessoas, pelo recuo temporal que o conjunto dos seus relatos permitiu traçar como recorte histórico, deu-se o solo a partir do qual se lançaram as análises desta pesquisa. As dores e sofrimentos por que passam avisam da gravidade política e social de não ouvir o que têm a dizer e são suas próprias vozes que gritam esse alerta.

As pesquisas sobre saúde mental na velhice priorizam o levantamento de supostas determinantes neurofisiológicas e intrapsíquicas. Os autores que seguem essa tradição de pensamento são muitos e consultados pela produção acadêmica na área. Fazer um questionamento pontual dessas referências, como que apostando na busca de fronteiras internas de um campo teórico que se quer delimitado e com premissas próprias, seria estender-se para um terreno estéril, o do exclusivo embate epistemológico, que tornaria menos evidente o absoluto distanciamento desses materiais de uma crítica histórica e política às questões levantadas. Buscam compreender o envelhecimento pelo método científico de isolamento de variáveis. E, assim, a complexa realidade social da velhice aparece reduzida nas equações do “*Eu especular x o velho é sempre o outro em que não nos reconhecemos*” (Goldfarb, 1998, p. 53), na condição de deterioração mental que surge como conseqüência do “*eu-feiúra não regulado pela feiúra do ego*” (Messy, 1991, p. 125), nas relações entre o “*esmorecimento da produção desejante x vias sublimativas do Eu*” (Bianchi, 1993, p. 91), e nas categorias supostamente auto-explicativas do “*medo da morte*”, do “*sentimento de*

perda”, da *“angústia de castração”* e, por fim, do *“retorno ao Édipo”* (Léger *et al.*, 1994, p. 72). Reduccionismos como esses fazem do trabalho da vida a soma de estruturas cristalizadas, exteriores à história e à política de um tempo determinado.

Os estudos sobre perturbação psíquica, na velhice ou em qualquer outro momento da vida, precisam preservar a potencialidade crítica da reflexão histórica sobre essa realidade. Já das importantes investigações na área, realizadas pelo Instituto de Pesquisa Mental de Palo Alto (Watzlawick *et al.*, 1999, p. 18), sabemos que *“um fenômeno permanece inexplicável enquanto o âmbito de observação não for suficientemente amplo para incluir o contexto em que o fenômeno ocorre”*.

Pensar o sofrimento psíquico na velhice, sem considerar a organização das instituições nos movimentos da história, é teorizar essa experiência como intrínseca ao processo de envelhecimento, é tomá-la por algo absoluto e não relativo. Afinal, se o sofrimento é do âmbito de uma natureza essencial da própria velhice, não há como questioná-lo a partir de uma análise das instituições históricas da sociedade. Parte dos estudos em Gerontologia parece dedicada à manutenção desses pressupostos. Um exemplo disso é a atual supervalorização das concepções de saúde na velhice ligadas ao autopreservacionismo do corpo. Comprometidos com programas estatais de redução dos custos com a saúde no incentivo aos cuidados corporais pelo público em geral, *“os gerontólogos abrem também novos mercados para a indústria do rejuvenescimento”* (Debert, 1999, p. 227).

Determinar um padrão de velhice bem-sucedida que aponte a deterioração e a decadência do corpo como reflexo exclusivo de descuidos pelo próprio indivíduo, além de responsabilizar integralmente os velhos pela qualidade de seu envelhecimento, pode servir como forma de regular e disciplinar essa população, caracterizando *“um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima a baixo”* (Foucault, 1999a, p. 131). Criar mecanismos de controle sobre a vida a partir de medidas de promoção

coletiva de saúde por critérios apriorísticos de normalidade (comportamentos tidos como saudáveis) e de anormalidade (comportamentos considerados inapropriados) é vocação de poder pelas hierarquias estatais (ibid., 1999b, pp. 79-98). Também a valorização de determinados funcionamentos sociais pela maquinaria médico-política é ação da norma em nome do progresso da nação (Machado et al., 1978, p. 492).

É preciso aprofundar essa crítica de modo a não polarizar e relacionar Estado e cidadãos tal como se separam e interdependem os cinzéis e os blocos de mármore. Não que isso nunca se dê nos projetos de uma ou várias políticas de governo, ou mesmo em ações concretas e muitas vezes duradouras dessas gestões. A questão é que, como disse E. P. Thompson (1998, p. 79), é sempre o “*solavanco brusco da experiência*” – o fazer-se da história pelo informe de suas próprias pressões – que aparece e desvia essa pretensão de comando, providencial e supra-estruturada¹⁰. A linha desse raciocínio desvencilha a pesquisa histórica tanto da idéia de controle absoluto por uma mão forte da determinação, quanto da percepção da mudança como vácuo essencial. Fugindo das idéias de natureza e de divina providência, o que fica são os homens e a História, numa espessura imensa e múltipla de relações complexas, onde ninguém, nem por decreto, e sobretudo não por isso, deixa de ser um sujeito histórico. No dizer de Thompson (1998, p. 79), seria absurdo considerar que a dominação alcance o limiar da própria experiência de homens e mulheres, “*implantando em suas mentes, no momento do nascimento, categorias de subordinação, das quais eles são incapazes de se livrar e que sua experiência não é capaz de corrigir*”. As quebras auto-motivadas pela experiência dos sujeitos históricos são intrinsecamente História, são fruto da experiência humana como arte política.

¹⁰ Thompson (1981) diz, contudo, que não se pode negligenciar o diálogo entre o ser social e a consciência social, o qual, diz o autor, se processa em ambas as direções: “*Se o ser social não é uma mesa inerte que não pode refutar um filósofo com suas pernas, tampouco a consciência social é um recipiente passivo de “reflexões” daquela mesa. Evidentemente a consciência, seja como cultura não autoconsciente, ou como mito, ou como ciência, ou lei, ou ideologia articulada, atua de volta sobre o ser, por sua vez: assim como o ser é pensado, também o pensamento é vivido – as pessoas podem, dentro de limites, viver as expectativas sociais ou sexuais que lhes são impostas pelas categorias conceptuais dominantes.*”.

Foucault (2002b, p. 15), em contribuição relevante e não necessariamente alinhada à produção dos outros autores aqui mencionados, lembra que *“fazer da análise histórica o discurso do contínuo e fazer da consciência humana o sujeito originário de todo devir e de toda prática são as duas faces de um mesmo sistema de pensamento”*. Temos da História contínua, portanto, a soberania da consciência e do intelecto. Temos sempre, assim, a razão de Estado como relação de poder sumamente hierárquica, a imposição do tempo homogêneo e da experiência única.

A ciência, em suas pretensões evolucionistas, pelo que afirma ter sob controle o que é do âmbito da experiência e do imprevisível histórico, não pretende outra coisa que garantir seus métodos e critérios. Não existe História universal como desenvolvimento abstrato e controlado da humanidade. Cada experiência social, à sua maneira, talha, retalha, mimetiza, cria e recria o tempo histórico e as possibilidades humanas. Do contrário, é o predicado que se antecipa ao sujeito e, assim, o próprio ser como campo de luta e criação política é que se fecha e se explica por supostas estruturas prévias à experiência, quando somos pensados como terreno de formação ideológica, como o sonho sonhado pelos mitos, como *“gerados por normas sexuais patriarcais, atados por obrigações afetivas, cultivados por mentalités, e representados pelo roteiro da História”* (Thompson, 1981, p. 170).

Pensar a História assim, dessacralizada e contra todo providencialismo, porém não sem *“regularidades e formas inteligíveis”* (ibid., p. 102) pode contribuir na análise do surgimento e constituição da psiquiatria no Brasil,¹¹ momento histórico em que se pretende que o cidadão seja médica e higienicamente forjado, assim como ajustado à função de pressupostos políticos, sociais e morais (Cunha, 1988, p. 205). Lembra Machado que na base

¹¹ Importantes análises sobre o aparecimento da medicina social no Brasil e seus desdobramentos na cultura política e nos hábitos privados podem ser encontradas nos textos do 3º vol. da *“História da vida privada no Brasil”*. Entre outras coisas, esses materiais refletem sobre como surge naquele período a idéia de que a privacidade devia ser estimulada desde que se adequasse aos interesses da esfera pública, atravessada pelos pressupostos científicos e desígnios particulares dos que pontuavam o jogo das regras políticas e sanitárias.

do projeto de medicina social¹², o que se estende é o pressuposto do Estado epistemológico “*que não pode dispensar os procedimentos de produção de verdade sobre si mesmo e a sociedade*” (Machado *et al.*, 1978, p. 158).

Procurar entender o sofrimento por uma análise ou revisão epistêmica das categorias isoladas do intrapsiquismo, herdeiras de todo esse projeto médico e psico-sanitarista, põe fim à discussão precisamente no ponto em que deveria começar. O primeiro questionamento a se fazer é quanto à historicidade dessas conceituações e práticas psico-médicas, procurando-se compreender seus funcionamentos cívico-morais, na vida daqueles que, mais precisamente, são seus destinatários. As narrações das pessoas que vivem essa realidade trazem poderosa análise dos desdobramentos na vida social das correlações entre poder de Estado e saber médico. E é mesmo o mandato social da psiquiatria dentro dos manicômios que perde legitimidade por esses testemunhos. O que imediatamente se desfaz aí é a ideologia do papel do médico na sociedade, como pessoa superior, por definição, culto, educado, objetivo, sensato, bondoso e, antes de tudo, motivado por uma missão (Schittar, 1985, p. 77). Em lugar dessa imagem, as histórias de vida dos narradores desta pesquisa recuperam o homem histórico e determinado por um poder social e político sustentado em bases culturais bastante recentes.

Pela exposição de suas resistências dentro da instituição, os velhos e as velhas entrevistados evidenciam os poderes em disputa implicados na concepção de que é do conhecimento especializado e metodologicamente controlado que se deve esperar o melhor para a construção social. A prática desse entendimento no interior da instituição psiquiátrica

¹² Sobre a História dessas intercessões entre saber e poder na composição dos meandros políticos e sociais da constituição da medicina social francesa, Robert Castel em nota ao livro “*Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*” (org. por Foucault) cita a seguinte passagem da publicação “*Annales d’hygiène publique et de médecine légale, n° 1*” de 1829: “*A medicina não tem somente por objetivo estudar e curar as doenças, ela tem relações com a organização social; algumas vezes, ela ajuda o legislador na confecção das leis, freqüentemente ela esclarece o magistrado em sua aplicação, e sempre ela vela, com a administração, pela manutenção da saúde pública. Assim aplicada à necessidade da sociedade, esta parte de nossos conhecimentos constitui a higiene pública e a medicina mental*”.

vem pelo rótulo e enquadramento no desvio e no patológico de tudo aquilo que, fugindo dos seus saberes oficiais, seja do domínio da ruptura e da surpresa.

Simone de Beauvoir (1990, p.589) fala criticamente da noção de “*delinqüência senil*”, proposta por Louis Kuplan, um gerontologista de San Francisco. A atitude delinqüente na velhice, assim como a delinqüência juvenil, segundo esse autor, estaria por conta de idosos e jovens “*sentirem-se*” excluídos. Note-se que a concepção inverte a realidade excludente numa produção da fantasia, e assim, demonstra novo empenho teórico para a neutralização de qualquer protesto dessas pessoas. Kuplan transfere o problema para a intimidade do idoso, não para as relações sociais objetivas. A classificação de atitudes contestatórias como apanágio de determinadas faixas etárias funciona já prévia e antecipadamente como desqualificação de qualquer reivindicação desses sujeitos. Mata-se o problema pela raiz. Pelo entendimento de Basaglia (1985, p. 116), médico que evidenciou a possibilidade de experiências democráticas concretas dentro de instituições psiquiátricas, o mais importante como perspectiva inicial de qualquer tratamento é despertar no homem e na mulher submetidos ao descaso asilar “*um sentimento de oposição ao poder que até agora o determinou e institucionalizou, antes mesmo de construir em torno dele o espaço acolhedor e humano do qual também ele necessita*”. Segundo esse psiquiatra, as forças pessoais de reação e conflito preenchem o vazio emocional imposto pelo asilamento aos internos, sendo mesmo “*o único ponto de apoio possível para sua reabilitação: sua agressividade*” (ibid.). Essas respostas de contraposição e resistência aparecem em cada momento das narrativas orais desta pesquisa e permitem mesmo uma importante leitura histórica da composição dos poderes institucionais.

Foucault (1972, p. 145) analisa o pensamento científico que enquadra o comportamento indesejado dentro do universo das psicopatologias. Lembra que, em sua forma mais geral, o surgimento do internamento se explica ou em todo caso se justifica pela

vontade de evitar o escândalo. A honra das famílias e da religião e mesmo os preconceitos sociais mais banais bastavam para recomendar um indivíduo à internação. Casos assim se distribuem em grandes quantidades pelos históricos de hospitalização pesquisados.

Raymundo Ferreira de Souza, 23 anos, é internado em 13 de abril de 1945. Segue seu primeiro exame psíquico no Hospital Pinel:

“Paciente em boas condições físicas. Apresenta-se ao exame calmo, um tanto tímido e reservado. Orientado quanto a si e parcialmente no tempo. Compreende bem, expressando-se de maneira simples e em voz baixa. Atenção um tanto diminuída, notando-se tendência a interiorização. Memória sem alterações grosseiras. Mostra carência de espontaneidade ideativa. Associa satisfatoriamente às idéias. É vítima de alucinações auditivas. Atitude e iniciativa diminuída. Risos imotivados. Denota pouco interesse pelo ambiente, mostrando-se pouco social e reservado. Não procura trabalhar passando a maior parte do tempo no pátio isolado dos demais pacientes. “Diz que trabalhou como ajudante de alfaiate em Mandaqui. Tinha muito sono e o seu maior desejo era não trabalhar e sim ir ao cinema e levantar tarde.”(sic) Frequentou até o 3º ano do Grupo Escolar. Nega ter abusado de bebidas alcoólicas. Exame de líquido e sangue negativos para Lúes. Como nos faltam informes estranhos aos do paciente limitamos o atual exame a constatar as suas condições atuais. O seu comportamento no 4º pavilhão tem sido bom. Vamos iniciar o seu tratamento pela convulsoterapia pelo cardiazol endovenoso, Método de Von Meduna. Diagnóstico: Esquizofrênico”.

Evidencia-se a motivação social e política do internamento de Raymundo, justificada na sua vontade declarada de não trabalhar tanto, frequentar mais os cinemas e poder dormir com tranqüilidade. Difícil de localizar motivos médicos expressivos nos vários diagnósticos arrolados. De qualquer forma, algumas anotações aí surpreendem mais do que outras.

Antonio Baldiseroti, “branco” e contando 18 anos quando da primeira internação, em 11 de junho de 1945, é encaminhado ao hospital por motivos muito semelhantes aos de Raymundo. À pergunta referente à manifestação de “idéias extravagantes”, sabemos pelo irmão que “frequentava cinemas, voltava tarde da noite, andava com amigos extravagantes”.

Além disso, numa grande proximidade de detalhes com o caso acima, menciona o irmão um certo *“comportamento nervoso”* e mesmo *“desânimo para o trabalho”*. E continua o prontuário, supostamente pelas declarações do familiar:

“um domingo ele sai contente de casa e volta muito agitado e nervoso falando certas cousas, de namorada, disse que queria casar com esta moça e que trabalhava para sustentar ela, mas falava muito nervoso com ar expressivo. E depois emudeceu, não falou mais nada e só apontava para a parede com ar sinistro e brusco. Diagnóstico: Esquizofrenia”.

Não se sabe da duração desse primeiro internamento, apenas anotando-se o retorno de Antonio para uma segunda hospitalização, em 13 de maio de 1972, quando estava com 44 anos de idade. Também falta a informação de que tenha recebido alta dessa última vez. Tão pouco ficou observado nessas páginas o tratamento recebido pelo interno. É necessário que se leia a desorganização desses prontuários como uma sistemática cuidadosa. Não se trata de falta de organização, mas antes da presença de um pressuposto desorganizador que existe de modo competente nesses documentos, como uma positividade da burocracia hospitalar.

Lazara Resende Rocha é internada em 14 de abril de 1945, com 24 anos de idade. Quando em questionário é instado seu pai a informar se a filha *“manifestava idéias extravagantes”*, ficamos sabendo que *“sim, subir em árvore, ser do circo, virar canhotas”*. Quanto ao *“início e evolução circunstanciada da moléstia”*, responde o pai que havia se apresentado por muitos incômodos que a filha lhe dava como *“discutir com as professoras e ser sempre esquisita e impressionada”*, mas isso no período da infância. *“Na 2ª gravidez chegou a ficar agressiva, não parava em lugar nenhum. Somente teve uma calma relativa quando, após o parto, mandamos extrair os dentes supondo que fosse sinusite, a conselho médicos”*. Ao que tudo indica, Lazara era mãe, mas, não pela via oficial do matrimônio. Ficamos sem saber seu diagnóstico e tratamento administrado.

Naum Zakia, 25 anos, teve sua internação também requerida pelo pai, em 3 de maio de 1945. Seguem as primeiras anotações em prontuário:

“Causa da moléstia: excesso de masturbação. Começa a ir mal nos estudos, chegando a abandoná-los, iniciando uma vida bohemia, permanecendo até altas horas da noite ausente de sua residência e, dormindo no período diário. Iniciou então a sua insubordinação e desobediência aos pais, que por vezes viam-se ameaçados de agressão pelo mesmo. Esteve internado por duas vezes na Colônia Jacarepaguá, e uma vez em Juquery e por duas vezes no Instituto Bierrembach, em Campinas, não tendo terminado o seu tratamento pelo fato de que sempre o abandonava por não se adaptar ao mesmo. Com sua permanência no Instituto Bierrembach de Castro, criou grande aversão pelas injeções de Cardiazol, pois ao observar a aplicação das mesmas nos outros enfermos, horrorizava-se com os resultados”.

O caso de Naum é um clássico da atenção psiquiátrica dedicada às práticas onanistas. Como lembra Foucault (2002a, p. 306), sobre as origens históricas das campanhas antimasturbatórias no fim do século XVIII e início do século XIX europeus, do domínio do auto-erotismo e da masturbação começam a surgir outras causalidades médicas e patogênicas, pelo que *“a sexualidade vai permitir explicar tudo o que, de outro modo, não é explicável”*. No Brasil, a masturbação motiva controles específicos já a partir da metade do século XIX, sobretudo nas escolas, onde era vista como mal contagioso, podendo provocar a tísica, a epilepsia, a hipocondria, a flegmasia crônica de todos os órgão, a loucura, a morte (Machado *et al.*, 1978, p. 304). Os desdobramentos e expectativas sociais frente a esse mal tão temido colocavam quaisquer desviantes do comportamento moralmente esperado sob a mira do poder médico, podendo alcançar, por extensão, o conseqüente internamento psiquiátrico.

Bárbara Aparecida de Oliveira, *“paulistana”* de 13 anos de idade, internada em 18 de abril de 1945, poucos dias, portanto, antes de Naum Zakia, vai receber o diagnóstico de *“estado atípico de degeneração, desvio de conduta, distúrbios mentais”*. Como medida de tratamento, se recomendará a *“laborterapia”*, também constando em seu prontuário cinco

folhas de “acompanhamento de aplicação de ECT”. Até sair de alta em 4 de setembro de 1947, a menina seria submetida aos eletrochoques. No seu registro de entrada, as motivações da hospitalização:

“Exame mental: Calma, consciente, bem orientada. Queixa-se que sua mãe a internou para não se perder no meio dos homens (São 4 irmãos por parte do pai, vivendo todos na mesma casa). Que não gosta da sua mãe porque ela é muito “brava” para a paciente. Diz que teve coréia (de 9 para 10 anos), durante um ano. Parece um síndrome perverso”.

E do questionário preenchido pela mãe:

“(Sempre foi calmo ou irritava-se facilmente?): Sempre rebelde e teimosa; (Era alegre, expansivo ou era retraído e tímido?): Sempre alegre e expansiva; (Praticava atos imorais e indelicados?): Na puberdade começou manifestar desejos de praticá-los; (Quando se iniciou a atual moléstia?): Desde cinco anos tornou-se nervosa; (Como ela iniciou?): Começou com teimosia e rebeldia. Foi peiorando a medida que ia crescendo até que a família perdeu a força sobre ela; (Qual no entender de V.S. teriam sido as causas da moléstia?): Hereditária e defeitos na criação; (Manifestava idéias extravagantes?): Sim. Idéias de fugir, de agredir e matar”.

O tópico desses questionários que tratava das supostas “idéias extravagantes” podia mesmo servir como suporte clínico para justificar a internação quando faltasse todo o resto de informações relativas à saúde. Era precisamente a moral das famílias e dos costumes sociais que vinha aí examinada. E como quem tem o poder tem o direito à razão, quaisquer detalhes nesse campo, mesmo a mais banal atitude e o menos intencionado gesto de conflito, poderiam oficializar um assassinato, com “segurança e eficácia”, para lembrar do documento da Secretaria de Estado da Saúde mais acima citado.

De todos os prontuários analisados, foi apenas o de Durvalina de Camargo que mereceu formalmente observada, na capa do documento, a anotação de sua evasão da instituição. Chega ao Hospital Pinel em 25 de abril de 1945, à época com 19 anos de idade e

grávida, dando à luz uma menina em 5 de junho do mesmo ano. O registro da criança não traz informações previstas, como filiação materna e endereço, ainda que conste em outras páginas o nome dos pais da interna. Ficamos sem saber precisamente em que momento Durvalina “*evadiu-se*” do hospital.

“Exame psíquico: Súmula: Irritável, discreto déficit de autocrítica; baixo nível intelectual; amaneiramento no falar; bem orientada; afetividade conservada. Diagnóstico: Psicose Post-partum. Psicose tóxica da gravidez? Personalidade psicopática? Tratamento: desintoxicante. Eletrochoque. Decurso: Em 15-2-46 Terminou a série de eletrochoques em 2-2-46 e pouco ou nenhum resultado obteve com o aludido tratamento. Suas desordens mentais são mais de conduta, criando problemas dentro da secção. De modo que atualmente, somos obrigados a rotulá-la mesmo como: “Personalidade Psicopática”. Vamos iniciar uma série de cardiazol endovenoso”.

“Contestação”, “furor”, “protesto” e “escândalo”, pela ameaça ao convívio social e familiar, ou mesmo institucional, como se vê no caso acima, podiam sempre legitimar medidas de “tratamento” ou contenção hospitalar (Foucault, 1972, p. 112). A historiadora Clementina da Cunha (1988, p. 134), analisando o caso de um interno que se matara por enforcamento em seu dormitório no Hospital Juquery, lembra que as marcas nosográficas apontadas pelos alienistas quando da diagnose do louco moral eram mais freqüentemente as características de “*querelante, reivindicador, criador de casos, insubmisso e constante fator de perturbação da paz asilar*”. E, assim, a normalidade a se alcançar pela profilaxia psiquiátrica aparecia como sinônimo de submissão, acatamento e disciplina. Das narrações orais que se analisa mais adiante, percebe-se que esses funcionamentos não caíram em desuso pelas práticas atuais da instituição psiquiátrica.

Os idosos e as idosas, internados por supostos sinais patognomônicos de senilidade, são constantemente enquadrados em “categorias médicas” que dizem da sua incapacidade e irresponsabilidade para o convívio em sociedade. Os procedimentos diagnósticos de confusão

mental na velhice, estabelecidos por médicos da unidade psicogeriátrica do Hospital-Universitário de Limoges, caminham nessa linha quando observam o estado confusional da pessoa idosa precisamente por eventuais dificuldades que tenha em “*se adaptar ao meio circundante*” e responder de maneira “*adequada*” a demandas do mundo exterior (Léger et al., 1994, p. 101). Definido antes o adequado e apropriado para a sociedade, verifica-se, então, os desajustes ou confusões da mente.

Por conta das várias hermenêuticas possíveis do que seja a “inadequação”, o idoso é muitas vezes encaminhado para o asilamento. Reforçam-se, assim, as buscas evolucionistas por uma interface “natural” entre envelhecimento e loucura. Os velhos e velhas arruinados por inadaptação ao sistema produtivo, assim como os criminosos e os loucos, “*pertencem ao internamento de pleno direito*” (Foucault, 1972, p. 397). A historiadora Clementina da Cunha (1988, p. 31) comenta que com a introdução dos grandes projetos de medicina higiênica no Brasil, ao lado das reformas urbanas do XIX, parte da população perde seus espaços tradicionais, quando negros e “*setores improdutivos, como a velhice e os ‘menores’, certo tipo de doentes, débeis mentais, deficientes de várias qualidades terão reinventado o seu lugar*”. Ainda observa a autora que esses grupos tenderam a não ser mais uma questão diretamente concernida e afeta ao meio familiar e social mais próximo, sendo assumidos definitivamente como um problema de administração pública. “*Alguns destes setores encontrarão no hospício, ao lado dos loucos, o seu definitivo ‘lugar de repouso’*” (ibid.).

O controle social dessa exclusão investe redobrados sentidos morais de degradação civil no caso da velhice. Pelos padrões burgueses, “*a boa sorte é identificada com a honra e a má sorte com a vergonha*” (Arendt, 1998, p. 26). A despeito disso, os velhos e as velhas acuados pela vergonha e medo que lhes são impostos são sumariamente tachados de depressivos e melancólicos. Com relação aos remédios que se lhes propõe para alívio de suas dores, Beauvoir (1990, p. 663) lembra que “*nenhum deles poderia reparar a sistemática*

destruição de que (...) foram vítimas durante toda a sua existência". Segundo a autora, a sociedade pré-fabrica a condição mutilada e miserável que é o quinhão desses trabalhadores e trabalhadoras na última idade, e é por isso que *"a decadência senil começa prematuramente, que é rápida, fisicamente dolorosa, moralmente horrível"* (ibid.).

Aos velhos e velhas sem mais força para o trabalho, não sobra nada, sua experiência não tem valor (Beauvoir, 1990, p. 257), seu passado não interessa nem importa ao mundo¹³, sua obra não sobrevive, nem em concreto, nem em memória. São muitas as implicações dessa condição. Ecléa Bosi (1999, p. 481) lembra que na memória do trabalho pode estar o sentido e a justificação de toda uma biografia.

A autora fala da advertência de Halbwachs para o processo de *"desfiguração"*¹⁴ que o passado de velhos e velhas sofre ao ser remanejado pelas idéias e ideais presentes da sociedade em que vivem (ibid., p. 63). Em outras palavras, existe um trabalho de constituição social da memória, quando o que rege a atividade mnêmica passa também pela *"função social exercida aqui e agora pelo sujeito que lembra"* (ibid., p. 64).

Apoiando-nos nessa linha de reflexão, pode-se melhor compreender as pessoas idosas que, tendo vivido na pobreza e na miséria, "deliram" lembranças de riqueza. Qualquer delírio é, em primeiro lugar, investimento de um campo social, econômico, político, cultural, racial e racista, pedagógico e religioso (Deleuze e Guattari, 1966, p. 286). No dizer de Moffatt (1991, p. 86), não surpreende que a vida psíquica seja uma possibilidade social e histórica, uma vez que a própria vida o é. E, assim, a cultura do oprimido revela diferenças fundamentais comparada ao modo de vida das classes dominantes. Lactância, infância, puberdade,

¹³ A autora fala ainda dos paralelos entre o desprestígio da velhice e o descrédito da noção de experiência. Walter Benjamin (1993, p. 198) pensa que não só estão em baixa as ações da experiência como, ao que tudo indica, *"continuarão caindo até que seu valor desapareça de todo"*.

¹⁴ Para o estudo das lembranças, Bosi (1999, p. 59) fundamenta-se na hipótese psicossocial de Halbwachs: *"A interpretação social que Halbwachs dá da capacidade de lembrar é radical. Entenda-se que não se trata apenas de um condicionamento externo de um fenômeno interno, isto é, não se trata de uma justaposição de 'quadros sociais' e 'imagens evocadas'. Mais do que isso entende que já no interior da lembrança, no cerne da imagem evocada, trabalham noções gerais, veiculadas pela linguagem, logo, de filiação institucional. É graças ao caráter objetivo, transubjetivo, dessas noções gerais que as imagens resistem e se transformam em lembranças"*.

adolescência, maturidade e velhice são etapas prescritas e vividas com bastante nitidez apenas por essas classes, enquanto que os miseráveis, quando passam pela lactância, é por um curto período, assim como da infância alcançam rapidamente a idade adulta, tempo dos imprescindíveis esforços voltados integralmente para o trabalho. *“A velhice, tal como a entende a burguesia, como o ‘descanso de uma vida’, etc., tampouco existe”* (ibid.), pois o sossego nunca chega para o idoso pobre, sempre injungido pela condição do subemprego sem seguranças, pelo que terá que morrer trabalhando, já que na sociedade capitalista a seguridade social não é uma garantia universal do direito à vida. *“Só o apoio e o carinho dos filhos adultos, quando conseguirem constituir família, lhe possibilita uma morte tranqüila”* (ibid.), do contrário, é a mendicância, o abrigo, o hospício, a morte indigente.

A opção por desenvolver a presente pesquisa junto a um Programa de Estudos Pós-graduados em História Social veio, sobretudo, pela perspectiva de se alcançar os pontos de resistência a essa realidade de arbitrariedades pelos próprios velhos e velhas que lhe estão submetidos. A História Oral na busca e respeito político pelo diálogo encontra as fontes de produção social da memória. São sujeitos políticos que aparecem nas narrativas orais que se pôde colher para este estudo. A atenção para a importância disso não deixou de se desenvolver às voltas do próprio campo da psicologia, área de formação do autor. E o apreço pelos sentidos da democracia, quando todos alcançam o direito de serem discutidos e realizados seus pontos de vista e entendimentos, veio pela experiência de união às fileiras de luta por habitação para idosos e idosas na cidade de São Paulo. O campo de trabalho da História Oral garantiu a possibilidade de manter uma postura política persistente na pesquisa do terreno da construção social da memória, quando os sentimentos e demais fazeres humanos inventam o espaço empírico da realidade, ao mesmo tempo em que têm daí a experiência da sua criação simbólica.

Aqui, não, a gente vê o fim da pessoa e eu não gosto disso.

*“E como é que a senhora veio parar em São Paulo?”.
“E falta carro? Não falta carro não! Tem carro pra ir pra todo canto”. (Eulina)*

As lutas históricas pelo direito à cidade inventam a cidadania e, nesse movimento, a um só tempo, seus sujeitos são genitores e rebentos. São rastros de caminhada e por vezes trilhas cortadas que marcam a fundação política de um lugar. Se se conhece um homem pelo seu caminhar, sua condição primeira, também assim a cidade mostra a lógica da sua constituição.

No entanto, os processos que inscrevem seu relevo de ranhuras de ruas e guetos, de praças e desvios, de sentimentos por segurança, além de medo, não vazam de um aquífero comum. Por vezes, será mesmo preciso fazer chover e gerar reservas de água onde era improvável que brotassem, afirmando assim o solo humano do possível, nem sempre atinente aos cálculos e evoluções dos princípios.

Por princípio, não há princípio anterior à história. O recuo no tempo da historicidade não busca o solo originário anterior aos homens e à caminhada das suas relações. Busca, antes, os inumeráveis e possíveis solos que os possibilitam e que são por eles possibilitados. O interesse é pelos sentidos presentes em qualquer razão ou motivo e que explicam a opção tomada por um caminho, e não por outro. Sentidos tomados aqui como o contrário do que seriam antecipações da razão e dos motivos. O possível não grassa como construção previsível, mesmo que participando do campo do provável, é, antes de mais nada, uma abertura para o novo, sem saltos místicos, ou desdobramentos. O novo surge como possibilidade de criação aberta à experiência. E isso sem hiperempíria ou cisão do fazer-se da

história em objetos e sujeitos. Trata-se da vida, *apenas*. Não há estatísticas ou curvas de média para antevisões, nenhuma ação orientada por comparações com o que foi. O invisível é histórico e político, e a surpresa da sua criação incessante faz inócuos os remédios para a história e a política. A medicina não orienta a experiência, sendo antes orientada por essa imprevisibilidade do que traz o político como o que gera e é gerado, muitas vezes descuidadamente, ainda que com esperança e estratégias. O contrário disso não prova os mecanismos da verdade da ciência, mas sim sua força e eficácia na opressão. Dobram os signos nas torres de monumentos ditos atemporais, e isso pode mesmo marcar o compasso de uma verdade substancial. Mas cabe aos homens a reprodução ou não dessa fé, e, ao fazê-lo, dão vida ao sentido amplo da criação de suas culturas. Do terreno dessa política, não se excluem as relações de força, uma vez que não são descaminhos, pois que também são históricas. Importa saber, contudo, que, pelo poder, inscrevem-se as ações políticas e históricas, e, pela força, as exigências da repressão.

Essa vida de imprevisibilidades e ações políticas das cidades históricas busca ser tematizada por princípios e canalizada por modelos dentro da instituição psiquiátrica. A história se faz aí repressão mística por condutas desejáveis. No entanto, como todo empenho de força totalitária, não funciona totalmente. Falha precisamente pela pretensão de ser total. Qualquer vivência de observação nesse campo comprova a todo instante a ineficácia do pressuposto de organização, o mundo interno da verdade psíquica operado tal qual um títere pela precisão das pinças médicas. E nisso, é farsa em cada detalhe, em cada palavra de ordem, em cada voz empostada pelo comando. Mas é terrível também pelas tramas da lógica total desse funcionamento. A instituição psiquiátrica é mórbida porque pune todo aquele que ousa apontar que “o rei está nu”. É desumana porque cassa a palavra dos seus internos, forçando-os ao abandono do que ainda os faz homens nesses campos de concentração: seu poder de crítica e fala. Também os profissionais dissidentes sofrem conseqüências. Vale lembrar do caso

clássico da psiquiatra Nise da Silveira com seus cães e gatos, envenenados pelos próprios médicos, funcionários da sua mesma instituição de trabalho, quando decide introduzir esses animais como “co-terapeutas” no terreno dos tratamentos humanizadores que garantiu para os internos da Seção de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro (Silveira, 1998).

Mesmo que reconheça a força brutal dessas injunções, nunca as testemunhei completas nesses desígnios, inclusive nos casos de renúncia aparentemente irreversível de qualquer movimento de relação pela fala ou pelos gestos, por parte das pessoas que conheci dentro dessas instituições. A aparência vinha dos diagnósticos e dos contatos iniciais ainda intermediados pela instituição. No pouco que duraram essas introduções oficiais às unidades e alas hospitalares, ficaram para trás também as relações torturantes com esses, *prima facie*, homens-diagnósticos e mulheres-prontuários. Não demorou a aparecer a compreensão e o respeito pelas posturas manicomializadas desses pacientes. Aí, pude encontrar minha primeira vivência com o enorme esforço de resistência e vida desses homens e mulheres, a despeito da impassibilidade da maioria dos médicos e psicólogos, cientistas neutros e seus métodos esforçados por fazer coincidir os homens às suas dores. Depois que conheci e me aproximei dos seus pacientes, pude saber de estratégias e lutas pela sobrevivência, e que a coincidência nunca é total.

Lembro de uma oportunidade em que, chegando à instituição, avistei um interno que era conhecido por apenas vocalizar monossilábica e ininterruptamente uma ou outra palavra. Um ou dois passos atrás de mim, vinha uma enfermeira da ala em que morava. Um pouco mais e essa mesma funcionária me ultrapassaria, adiantando-se um ou dois metros. Depois de ter cruzado o tal interno, bastante falante na ocasião, segue em frente, oportunidade em que o homem, já certo da segurança de alguma distância e já próximo de podermos, eu e ele, nos entreolharmos, vira-se pra trás e, ato contínuo, volta-se para mim, pronunciando impropério

preciso contra a tal enfermeira. E não mais monossilabicamente, mas numa frase bem feita, com sujeito, verbo e predicado: “*é uma vagabunda!*”.

Mesmo do silêncio mais profundo, pude ouvir lamentos e observar lágrimas. Os velhos e velhas que estão aprisionados nos manicômios em que estive, pela face do psíquico, distinguem-se, dos que neles não vivem, apenas no sofrimento, e talvez nem mesmo nisso.

O Hospital Psiquiátrico Pinel foi diferente a cada momento da sua história, não porque por aí desenvolveram-se e evanesceram conceitos e princípios, mas por terem por aí passado e trabalhado homens diferentes, apropriados de uma noção de sentido que pôde renovar-se a partir do tempo em que viviam. O tempo da cidade, da sua fundação e do trabalho de muitas vidas, é fazer-se da história que põe e é posto pelo movimento da sua produção, em todo tempo e lugar.¹⁵

Anna de Almeida Mello, de 72 anos, “*brasileira; branca; desquitada*” e com residência na cidade de São Paulo, tem sua primeira internação no Hospital Psiquiátrico Pinel, em 20 de janeiro de 1930. Dessa primeira passagem, sai, curada e com alta, dois meses depois, no dia 19 de Março. Ficaram as anotações do primeiro exame psíquico a que é submetida.

“Senhora de idade avançada (72 anos), mostra-se ainda robusta e com boas condições geraes de saúde; pode-se mesmo afirmar que, à parte a hipertensão de que é portadora, o resultado de exame somático fazia inveja a maior parte das pessoas com 20 annos menos.

Uma das mais antigas moradoras do bairro de Santa Ephigenia, pela bondade e trato ameno que bem synthetizam nella as virtudes da matrona paulista, é alli estimada de

¹⁵ No dizer de Merleau-Ponty (2005, p. 91) “(...) o Ser, pela própria exigência de cada uma das perspectivas do ponto de vista exclusivo que o define, torna-se um sistema com várias entradas; não pode, portanto, ser contemplado de fora e na simultaneidade, devendo ser efetivamente percorrido; nessa transição, as etapas passadas não são simplesmente passadas, como trecho da estrada percorrido, mas chamaram ou exigiram as etapas presentes exatamente no que têm de novo e desconcertante, continuam, pois, a ser nelas, o que quer dizer também que retroativamente são por elas modificadas; aqui não se trata, pois, de um pensamento que segue uma rota preestabelecida, mas de um pensamento que abre seu próprio caminho, que se encontra a si próprio avançando, provando a viabilidade do caminho, percorrendo-o — esse pensamento inteiramente subordinado a seu conteúdo, de quem recebe incentivo, não poderia conceber-se como reflexo ou cópia de um processo exterior, é engendramento de uma relação a partir de outra. De forma que, não sendo testemunha estranha e muito menos agente puro, está implicado no movimento e não o sobrevoa (...)”.

todos, não havendo quem não conheça a “D. Anna da rua aurora”, como é geralmente chamada.

Affectuosa em extremo, o sentimento que mais a punge na velhice é a saudade. Saudade dos tempos felizes já passados, do seu marido que della se separou desde a primeira vez que ficou doente, há dez annos, depois de ter vivido com ele por mais de 30 annos, do seu irmão e de todos os parentes e conhecidos.

Nos seus bons tempos, dedicava-se com verdadeira satisfação, nas horas de lazer, ao cultivo da música e litteratura, merecendo também especial atenção e cuidado o pequeno jardim que aformoseava sua residência. Não pode comprehender a educação moderna, em que os bailes e cinemas occupam o melhor tempo da mocidade, desvirtuando e diminuindo o amor do lar e da família. Filhos, se os tivesse, jamais os crearia nessa escola em que se não pode ser feliz.

Apesar da idade e das vicissitudes por que tem passado, ainda não esmoreceu de todo seu estro poético, tendo a respeito de todo assumpto uma quadrinha adequada. As poesias que diz, de sua lavra ou não, são todas repassadas do sentimentalismo mórbido e chorão que caracteriza o estylo litterário dos poetas do século XIX.

As vezes, dá respostas felizes, em que se reflectem o espírito observador e o sentimento de delicadeza que possui e que não permite magoar pessoa alguma.

Assim, uma ocasião, ao insistir comnosco para que a mudássemos de compartimento, fez um gesto disfarçado, mas significativo, alludindo à companheira que a importunava à noite, e accrescentou, rindo: “aqui há uns pernilongos que fazem muito barulho de madrugada e não deixam a gente dormir.”

A primeira vez que ficou doente foi há 10 annos, mais ou menos, sendo que até essa data gozava de saúde invejável. Internou-se, nessa ocasião, na casa de saúde “Dr. Homem de Mello”, onde esteve 6 meses, approximadamente. Sahiu boa, voltando ao convívio social e permanecendo assim até há poucos meses.

Quando deu entrada no Sanatório Pinel, apresentava o quadro da nevrose de angústia, que se manifestava por crises paroxysticas. Juntamente a essas crises e fazendo mesmo parte integrante dellas, appareceram phenomenos pitiáticos bem caracterizados, pois eram susceptíveis de apparecer e se agravar pela sugestão, diminuindo e mesmo desaparecendo de outro lado pela persuasão.

Assim é que, ao mesmo passo que a sensação angustiosa a invadia, obrigando-a a gritar de desespero, pois sentia que a vida aos poucos se ia extinguindo, a cabeça começava de oscillar para traz e para a frente, obedecendo a um rythmo certo e

cadenciado como o pendulo de um relógio. Ficava nesse estado durante uma ou mais horas, até que lhe applicassemos uma therapeutica anódina e suggestiva, tal como uma injeção apparatusamente preparada.

Explicava ella esses movimentos da cabeça dizendo que, logo que se sentia invadida da sensação terrivelmente penosa de angustia, seu pescoço como que se “desnocava”, para usar sua expressão pittoresca, ao mesmo tempo que a cabeça começava a se movimentar, impulsionada por uma força estranha e irresistível. Às vezes, no auge do desespero, fazia uma trança com os cabellos e, passando-a para a frente, segurava-a fortemente, mas em vão, a ver si conseguia tolher esses movimentos que lhe eram terrivelmente incômodos.

Aqui, no Sanatório, procurávamos combater-lhe a hipertensão, ao mesmo tempo que aproveitávamos o effeito suggestivo das injeções endo-venosas de iodureto de sódio, com o fim de combater os phenomenos pitiáticos. Desse modo, as crises foram se espaçando e diminuindo de intensidade, até desaparecerem de todo.

Além dessa therapeutica, fez uso de Nitroscleram. Essa medicação associada à psychotherapia, deu excellent resultado – a paciente não mais apresentou os phenomenos acima descriptos e se apresenta hoje (17-3-30) como uma pessoa normal.

Faleceu em 26 de julho de 1939. Faleceu em estado de caquexia senil. ACPES”.

Impressionam essas anotações pela justeza com que cuidam para envolver o relato das reações e comportamentos de Anna Mello num contorno de possibilidades de relações com o mundo. Seu exame psíquico não aprisiona os sentidos da sua vida dentro de enquadres nosológicos, pelo que não passariam de resposta e função de uma estrutura pré-determinada. “As poesias que diz, de sua lavra ou não, são todas repassadas do sentimentalismo mórbido e chorão que caracteriza o estylo litterário dos poetas do século XIX”. Vai aí uma nota improvável para um prontuário de uma instituição psiquiátrica e, por isso, mesmo surpreendente. O sentimentalismo mórbido e chorão quase sempre representou, para as análises da tradição psiquiátrica e psicológica, a expressão de princípios de morte e significados emanados de estruturas psíquicas auto-destrutivas. No entanto, também o

“sempre” não é apenas improvável para a história, como aí será sempre mesmo uma impossibilidade. Até seu falecimento, nas dependências do Hospital Psiquiátrico Pinel em 26 de julho de 1939, em estado de caquexia senil, pelo que se anota, Anna de Almeida Mello parece ter vivido em uma instituição que zelosamente cuidou para que tivesse uma morada de assistência hospitalar em seus últimos dias. Constatam, a seu respeito, cinco registros de passagem pelo Hospital Psiquiátrico Pinel, nunca superiores a um ou dois meses. Apontamos ainda, do seu prontuário, os dois que seguem.

“2ª Internação A. A. Mello (19 de maio de 1931)

Entrou bastante angustiada. Acha que desta vez, vai morrer mesmo no sanatório. Tem medo que as enfermeiras a maltratem, que as outros pensionistas a agridam.

Tem muita pena de seu irmão que já tem 77 anos de idade e que cuida dos seus negócios.

Está sempre se lamentando e às vezes grita dizendo que incomoda com isso as demais pessoas do pavilhão, mas que não pode deixar de o fazer.

O quadro mental é idêntico ao da primeira internação, somente se acha fisicamente mais decadente. Tem as pernas trôpegas e já não consegue subir escadas (...).”

“5ª Internação (21.6.36) A. A. M.

Regressou ao Sanatório nas mesmas condições em que se achava quando daqui se retirou. Passou relativamente bem durante o período em que permaneceu fora do sanatório”.

A partir desse último período, ficou internada sem alta até seu falecimento. O espaço de tempo que compreende esse seu currículo hospitalar está referido pelo então estatuto de instituição privada que caracterizava o Hospital Psiquiátrico Pinel. No entanto, seria difícil traçar um perfil de cuidados atentos a partir de um pressuposto que afirme que “quem paga manda”. Talvez fosse preferível continuarmos na linha dos encontros e desencontros humanos favorecidos pelos imprevistos da história. Nenhuma instituição psiquiátrica é totalitária ao ponto de suplantar esses processos de quebra e disrupção dos seus plexos normativos ou

científicos. Com status público ou privado, há sempre espaço para generosidades, ou não, como também arbitrariedades. Como vemos pelo caso que segue.

Maria Beneduce, de 74 anos, “*branca; italiana e casada*”, é internada em 15 de março de 1930 no Hospital Psiquiátrico Pinel, onde falece em 31 de maio de 1930. Vemos que o que coube à categoria do “*pitoresco*” no caso de Anna Mello merecerá agora avaliação depreciativa e, mesmo, a impossibilidade de qualquer relação de cuidado.

“Exame mental (15 de março de 1930 Horas: 9:30)

O interrogatório é bastante dificultado porque a paciente, além da má dicção, falla em um dialecto quasi incomprehensivel (...) A família diz que ella falla em solilóquio, tendo também a mania de sahir de casa e perdendo-se na rua sempre que isso acontece. Freqüentemente, tomava o bond sem dinheiro para a respectiva passagem”.

“Psychico.

(...) torna-se difficil um exame psychico cuidadoso, dado o facto da paciente falar em dialecto italiano, que a própria enfermeira, também italiana, não consegue comprehender. todavia, verifica-se que as suas idéias não são muito coherentes e que, na conversa, a paciente introduz palavras obscenas.

Notamos ao demais, esboço de idéias de grandeza – falla em palacetes, etc.

Como se deprehe de da observação que vemos acima, trata-se evidentemente, de um caso de demência senil”.

As dificuldades de compreensão do dialeto de Maria Beneduce, que impossibilitam, pelo que se anota, um exame psíquico cuidadoso, não impedem, por sua vez, a verificação de que suas idéias não são muito coerentes e de tratar-se “*evidentemente, de um caso de demência senil*”. A fala tomada por elemento central do diagnóstico é lógica do “tudo o que disser poderá e será usado contra você”. Daí, podermos compreender a responsabilização e culpabilização da saúde psíquica de Maria Beneduce por seu acento e dicção. Essa artimanha de ciência clássica, que inventa o objeto observável, que provém ou tende ao inteiramente desenvolvido e acabado, ao *perfectus*, terá o seu paroxismo na afasia.

Tratamento diferenciado, comparativamente ao que recebe Anna Mello, por ser Maria Beneducce italiana? São vários os percursos e descaminhos que também cruzam as histórias de vida dos entrevistados que conhecemos. Não cabem suposições para além daquilo que puderam e podem ainda nos esclarecer. São maduros quanto à interpretação dos sentidos elaborados e desfeitos pela passagem dos encontros da sua história. O que segue é uma apresentação dos caminhos que os direcionaram aos serviços de assistência à saúde mental, nos quais encontram-se internados.

Conheci Ivone Orsini na ala psiquiátrica do Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II. Começo a apresentação dos narradores por ela, porque de todos os entrevistados era a que tinha histórico mais recente de institucionalização. Suas percepções aparecem pelo tom da novidade e trouxeram nisso a sensação forte das contradições que vivia no momento.

“— Nasci aqui, 12 de outubro de 32”.

“— Nesse tempo todo, a senhora viveu aqui, a senhora nunca saiu de São Paulo?”.

“— Não. A gente passeia, só sai assim de passeio, p’ra uma praça, p’ra um lugar onde tem água, como se diz, cachoeira, que a gente gosta, a gente gosta muito disso, e a gente vai muito passear em lugar que tem, mas é só isso também, depois volta pra casa”. (Ivone Orsini)

Sem histórico de internação anterior, Ivone chega à Unidade 21 do Hospital D. Pedro II em 24 de agosto de 2004, encaminhada pelos familiares.

“Admissão na Unidade 21. Familiares (sobrinha) referem a paciente apresentar súbitos e momentâneos episódios de agressividade e agitação psicomotora quando impedida de sair, além de delírios de roubo”.

Freqüentadora do ambulatório da instituição, antes de ser aí internada, Ivone vem com diagnóstico de Alzheimer, fazia dois anos, histórico de confusão mental, fazia cinco, e diminuição de memória, outros dois. O laudo médico da sua admissão, pelo preenchimento de formulário padrão, confirma os dados fornecidos pela família: *“Informar se o caráter da*

doença é mental (agressivo, convulsivo, etc.) e se exige isolamento: possibilidades de agressividade, não convulsivo”.

“— Como é que a senhora veio morar aqui?”.

“— Eu morava com o meu pai no Canindé. Eu morei lá acho que uns dois anos ou três anos, com meu pai e minha mãe. Aí minha mãe morreu lá, ele quis sair de lá, aí então foi procurar lugar p’ra gente morar, e aí encontrou esse onde a gente mora”.

“— E como é que é o dia-a-dia da senhora aqui dentro?”.

“— Aqui, não, eu quase não venho aqui, não, não gosto de ficar aqui presa assim, não, ai Deus me livre, credo”.

“— A senhora se sente presa aqui dentro?”.

“— Ai, eu me sinto, me sinto sim, eu venho aqui e não vejo ninguém, n’ê?, só os bichinhos. Bichinhos vêm tudo correndo atrás de mim, que eles querem entrar também, coitados, n’ê. Então a gente não gosta. Não, vamos p’ra nossa casa, porque na nossa casa eles podem fazer o que quiser, não é mesmo?! Eles tomam água, eles molham o chão, eles sujam o corredor, a gente limpa outra vez, então a gente vai vivendo bem assim. Porque fazer alguma coisa com o bichinho. O bichinho não sabe, n’ê?”. (Ivone)

Maria Russo, nascida em 29 de agosto de 1919, teve sua primeira internação, no Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II, em 10 de fevereiro de 1984, momento em que foi recebida na ala das aposentadas. Segue-se seu encaminhamento para os pavilhões onze, quatro e, por fim, e definitivamente, o vinte um, a ala psiquiátrica, em 14 de julho de 1994. Antes de chegar aí, Maria fala rapidamente de uma passagem de cinco anos pelo pensionato do Hospital Clemente Ferreira no bairro Jabaquara, a qual foi interrompida por conta de uma reforma nessa instituição.

“Eu fui aposentada pela Santa Casa. Trabalhei vinte anos na Santa Casa. Morei quarenta e cinco anos em pensionato. Pensionato da Santa Casa, depois fechou. Depois fui p’ra outro, mas tudo pertinho da Santa Casa. Depois, eu fui p’ra Cesário Mota, fiquei mais cinco anos, em frente à Santa Casa. Depois, a gente precisou sair porque eles decidiram fazer um hotel diarista, pensão boa, selecionada, de uma família de portugueses, sou amiga deles até hoje. Depois, fui pra Veiga Filho,

naqueles casarões antigos, fiquei vinte anos lá, no fundo do colégio israelita, aquelas casas enormes. Vinte anos, ai, mas era tão bom, uma família tão boa, era como uma família mesmo, sabe?! Muito selecionada, não entrava namorado, as meninas com namorado ficavam lá fora. Dona Lusía (a dona da pensão)... olha, a gente ganhava pouco e ainda quando a gente ficava doente ela ajudava. A Dona Lusía, coitada, morreu de câncer. Mas tem os filhos, as noras, sempre eu telefono pra elas tudo. Ai, vinte anos depois, eu vim p'ra cá, porque precisava sair logo, aquele colégio precisava desmanchar tudo p'ra fazer piscina e p'ra fazer biblioteca. Todas aquelas casas foram compradas pelo colégio, judeu, muito rico. Nós tivemos que vir embora. Ai, eu falei com a Santa Casa e mandaram vir aqui, que era "asilo" [antigo "Asilo do Jaçanã"], com as irmãs. Enquanto era asilo' era ótimo. Mas era tão bom... a alimentação, o tratamento, tudo, sabe?!". (Maria Russo)

Acometida de anquilose cervical (osteoartrose), Maria Russo é aposentada por invalidez. Fala de cirurgias por que passou: rins, dentes, enxerto na coluna por causa de um bico de papagaio, etc. *"Eu sofri tanto e estou com esta idade"*. Conversamos sobre sua atual situação de vida dentro da unidade hospitalar pertencente à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, depois de anos de trabalhos dedicados à mesma instituição. Comenta que cuidava das pessoas idosas e que sempre as respeitou muito.

"Ah sim, muito. Eles vinham e logo iam embora. Aqui, não, a gente vê o fim da pessoa e eu não gosto disso. Lá não, se chegasse uma pessoa passando mal... o médico não podia fazer nada, n'ê? Os médicos adoravam aquelas pessoas, e eram indigentes, gente da rua. E eles ficavam contentes, eu ajudava a minha colega a dar banho em quem chegava da rua, todo sujo, tudo cheio de mijo, n'ê? Minha colega punha um aventalção, eu ajudava ela. Punha dentro dum saco toda aquela roupa suja, pra jogar fora. Ela cortava o cabelo, dava banho, punha remédio, punha uma toalha na cabeça, iam pra cama tão limpinhos. Os médicos, então... seres humanos, sabe?! Era um ambiente gostoso, brincalhão, fazia rir, palhaça. Mas não sabia que tava fazendo uma terapia, depois ficava com vergonha: "minha nossa, banco a palhaça, fico rindo" e tava fazendo uma terapia pra eles não sentirem a dor. Depois, quando eu vi na televisão, aqueles palhaços fazendo as crianças rirem, vi que o que fazia era terapia.

Dizem que os homens sentem mais dor que as mulheres. Bobagem, tudo a mesma coisa”. (Maria Russo)

Conta que, na época, trabalhava com colete de aço, por conta das fortes dores na coluna, e lembra que algumas enfermeiras-chefe reclamavam. Não esquece da fala de um companheiro de trabalho, Seu José, que numa dessas ocasiões lhe confortou dizendo *“minha filha, pra entender a dor, só sofrendo”*. A inaptidão física para o trabalho pesado é assunto médico relevado como questão administrativa pela enfermeira responsável pela coordenação da limpeza da instituição de saúde. Pelas palavras de uma colega, guardadas na memória com o sentido presente do agravo passado e que ainda carrega no corpo dorido, *“Maria, você foi condenada a 365 dias ficar dando descarga”*. Ao que acrescenta, *“E foi verdade”*.

A condição de internação na ala psiquiátrica do Hospital D. Pedro II parece nada ter a ver com o estado de sofrimento psíquico grave. No entanto, ali dentro, o sofrimento se produz e, assim, seja qual for o diagnóstico previsto em prontuário, torna-se sentença anunciatória e antecipada quanto ao fato imputado. A assimetria desse poder aparece na clareza de crítica e olhar dos pacientes. Nair Bretas, nascida em Uberaba, Minas Gerais, em 30 de setembro de 1917, é internada na Unidade 21 do Hospital D. Pedro II, em 15 de janeiro de 2003. Nesse momento de admissão, mereceu o diagnóstico de erisipela, deficiência pulmonar crônica, demência com pensamento desagregado, confusão e desorientação no tempo e espaço, com idéias delirantes.

“— A senhora está há quanto tempo aqui dentro? Como a senhora veio parar aqui?”.

“— Eu ia embora p’ra onde eu moro, meu caminho lá na Princesa Isabel e caí num buraco e sofri seis fraturas ao mesmo tempo. Morava por ali, n’ê?, agora vivo é aqui nesse inferno. O corpo de bombeiro veio me ajudar e vim parar aqui”.

“— Faziam uma obra por ali?”.

“— Não, não ’tava não, desmazelo da prefeitura, desleixo. Quem sabe porque eles deixam uma coisa daquelas ali? Depois, fiquei muito tempo em casa, acamada. Meses e meses, morrendo de dor, cheia de dor, quase morrendo de dor. E aí, quando

completou quase seis meses, comecei a andar bem devagarzinho dentro do quarto, bem devagarzinho e andando de pouquinho, pouquinho, pouquinho. E aí o corpo de bombeiro me levou... E até a chave minha eles roubaram, agora 'tou até sem a chave de lá, do apartamento, 'tou até sem a chave. O senhor imagina o quanto que a gente sofre, porque a gente 'tá dum jeito que não 'tá podendo gastar, então a gente vai deixando aquilo p'ra frente, vai deixando, pôs um trinco do lado de dentro e a chave do lado de dentro e pronto". (Nair Bretas)

Nair fala de seu percurso antes de vir para São Paulo. De Uberaba, a família muda para Goiás, onde recebeu o batismo e a crisma. Por conta da doença da mãe, que sofria do coração, acreditavam em benefícios que poderiam advir da mudança. Numa nova situação, esperavam alcançar algum conforto e calma.

"Doença do coração, Arterioesclerose, que ela já 'tava velha, coitada. E quando aparece uma doença perseguidora dessas, já viu n'ê? A idéia era mudar p'ra um lugar mais calmo. Pensou que lá podia viver calmo! Que calmo que nada, nós nunca vivemos calmos em lugar nenhum, uma perseguição que dá horror. Fui registrada em Anápolis. A vida era um sofrimento danado, conforme estou contando para o senhor, n'ê? Meu irmão sempre teve bons empregos e sempre me ajudou muito. E eu trabalhava, mas eu trabalhava, mas eles me ajudavam por que com o dinheiro que eu ganhava não dava p'ra viver, n'ê?". (Nair)

Recorda as relações amorosas do tempo de adulta. Conversamos sobre o assunto e Nair recupera essa sua história com alguns saltos temporais. A lembrança distraída merece dela um comentário festivo e risonho.

"— Em São Paulo, já era adulta. Eu já nasci aqui, n'ê?! Nasci não, eu já vivia aqui desde pequenininha, a bem dizer só não nasci, só não nasci, porque o resto tudo foi aqui n'ê? Porque com quatro meses de idade, o que que eu podia ter, n'ê? Com quatro meses de idade, meus pais mudaram, então o que que eu podia ter, n'ê? Então, por isso que às vezes a gente 'tá conversando, a gente mistura o assunto, porque é um assunto misturado mesmo... (risos).

"— A senhora teve alguma grande amiga na vida?"

“— Amigas eu tive algumas, mas também, coitadas, também não tiveram sorte na vida, não. Uma delas ficou viúva, o homem morreu. E ele ainda deu pra ela uma casa... coitada! Ainda bem que ele deu essa casa p’ra ela. Era uma casa muito boa, no centro, antes de morrer ele passou p’r’o nome dela. Ele estava bem doente. E ela foi levando a vida assim, trabalhando, fazendo costurinha p’ra um, costurinha p’ra outro, trabalhando p’ra poder viver... ele ajudando, n’ê?, mas ela é que queria fazer p’ra ganhar dinheiro p’ra fazer outra casa, a intenção dela era fazer outra casa, mas ela não deu conta de fazer outra, não, trabalhou muito, mas não deu conta, não”.
(Nair)

A lembrança dessa amizade traz junto a recordação de uma Goiânia bonita, comparavelmente mais acolhedora a uma vida agradável e com saúde.

“— Ela já faleceu?”.

“— Não, ’tá viva, lá em Goiânia. Gosto tanto de Goiânia n’ê, então ’tou aqui, ’tou aqui desse jeito. Uma cidade toda plantada de flores. Toda cheia de ipês plantados, e outras flores de arvoredos, assim. Então é muito bonita Goiânia, muito bonita”.

“— Então a senhora gostaria de não estar aqui?”.

“— Ah, eu gostaria, eu gostaria de estar p’ra lá, eu acho que lá eu ia esquecer mais o meu sofrimento, que eu já ’tava acostumada naquele sofrimento, n’ê?, então eu gostaria de ter ficado lá, não devia ter saído, não. Foi por causa do Geraldo [irmão] que eu saí, porque minha mãe morreu e ele me trouxe p’ra cá, n’ê? Então fiquei por cá, mas se eu tivesse ficado por lá, eu tinha ficado melhor, tinha mesmo”. (Nair)

Nair recorda o tempo das lembranças felizes como próprio do período pregresso à hospitalização. Do hospital, quase sempre, o que retém é um presente de descuidos, entraves e a constante situação de supostos tratamentos a que é submetida, e cujo sentido, para a recuperação da sua saúde, escapa-lhe.

“— Aqui a senhora falou que só lembra dos sofrimentos”.

“— Só sofrimento, aqui não tem nada p’ra contar de valor que eu tenha sentimental, ou não. Não tem nada p’ra contar que possa me apegar aqui, nada, nada, nada”.

“— A senhora chegou a imaginar que teria uma velhice assim?”.

“— Eu já tinha imaginado que eu ia acabar morrendo assim, que eu já ’tava com a pressão muito alta, já, que um dia eu não ia agüentar mais, e acabar morrendo com problema de pressão, como minha irmã morreu, assim de repente”. (Nair)

A condição de submissão aos trabalhos precários é definidora da história de todos que conheci nos manicômios. A lembrança das alegrias da vida que tiveram nunca deixa de ser sublinhada pelas adversidades da luta pela própria sobrevivência.

“— O que a senhora diria que seria uma velhice bonita?”.

“— Acima disso só eles mesmos que inventaram essas coisas e atiravam em cima de mim. Agora, depois que eu passei a viver com o Geraldo, aí melhorou, n’ê? Melhorou, mas eu trabalhava também, trabalhava, mas não tinha aquele ânimo p’ra trabalhar, aquela coisa boa que a gente às vezes tem, que trabalha e vence na vida, n’ê? A gente não tinha isso, porque o sofrimento era muito grande, era só sofrimento que aparecia”. (Nair)

A sobriedade com que os narradores me relataram seus sofrimentos, mesmo nas condições em que se encontravam, fez-se compreensível pela maturidade que puderam alcançar quanto a essas inúmeras violências. Sem conformismos ou vãs resignações, o que sempre transpassaram, pela felicidade de todos os dias em que nos encontramos, foi sua capacidade de resistir pela lembrança lúcida a uma condição atual que muito facilmente poderia colocá-los no terror contínuo. Manter a calma aí é prova de força e empenho de preservação da própria saúde psíquica, e mesmo resistência a aderir aos sintomas impostos, que aparecem como injunção diagnóstica e legitimadora do status médico-psiquiátrico do hospital, tudo a despeito dos pacientes mesmos, da dor que sofrem ou que passam a sofrer pela nova condição.

Nas dependências da Unidade Convívio do Hospital Psiquiátrico Pinel, conheci Lusia Satilho de Souza Ferreira. Nascida em Osvaldo Cruz, interior paulista, em 21 de julho de 1944, chega encaminhada ao Hospital Pinel, em 07 de maio de 1999, depois de passagens

pelo Hospital São Genaro e Casa de Saúde Santana, com histórico de dezesseis anos de internação. Segundo transcrição no prontuário de um provável relatório elaborado quando da sua estada na Casa de Saúde Santana, Lusía fora internada pela filha naquela ocasião, quando ficou anotado que a origem da sua doença teria vindo de uma condição de trabalho em excesso. Dos sofrimentos por agravos ocupacionais, seu diagnóstico psiquiátrico atual passa ao de “*esquizofrenia paranóide*”. Tornada inócua a origem do mal, fica o sentido da perseguição fantasiosa.

“Eu nasci perto de Tupã, interior de São Paulo. Eu morava no sítio, mais meu pai e minha mãe. Eu sou a mais velha, minha mãe teve seis filhos. Minha mãe morreu quando eu era moça, meu pai que não sei se é vivo mais. Meus irmãos também eu não sei se é vivo mais. Você conhece a Vila Maria, já ouviu falar na Vila Maria? Então, eu morei lá na favela. Foi a assistência social que fez o barraco p’ra mim, da Casa Transitória, lá perto. Na Casa de Saúde de Santana, eu ’tive dez anos. Eu fiquei um ano em São Genaro, na Casa de Saúde, dez anos, aqui tem cinco anos que eu ’tou aqui. E as minhas filhas não vêm me ver porque tem problema, eu sei que tem problema, ela fala de lá que tem problema, e não vem ainda, mas já por esses dias ela vem. Ela vem buscar eu, ou ela vem ou telefona p’ra a assistente social levar eu”.
(Lusía Satilho)

Do seu prontuário, recuperamos algumas anotações que ecoam a perda das referências familiares, juntamente com a esperança de algum dia sair do hospital. E há um sentido de resistência no movimento de sua reza disciplinada, como se trouxesse já consideradas as dificuldades de sair com alta de uma instituição psiquiátrica, quando a situação que se vive é a do completo abandono. A sua vontade, recuperada num esforço de fé contínua, é sentido de estratégia, se considerarmos os entraves institucionais que a separam dessa realização. O alcance de sua religião é subscrito pelos funcionários do hospital, quando fazem constar nos prontuários médicos esse seu empenho e sua obstinação.

“06/05/04 Rezo 3 horas por dia para abrir os caminhos para a minha família aparecer...”. “Aqui é bom, mas em casa é melhor”.

“25/06/04 Estive em seu quarto e a cena é emocionante, sentada na cadeira com o terço budista, tendo a sua frente duas fotografias de suas filhas e duas escritas em japonês. Refere que diariamente durante horas e há muitos anos, segue o ritual. Nestas ocasiões pede a vinda das filhas, pelo menos para visitá-la. Neusa”.

Também dentro do Hospital Pinel, pude entrevistar Ostílio José dos Santos, nascido em Cabacera, município de Jatobá, Bahia, em 04 de março de 1934. Encanador de profissão e solteiro, teve seu ingresso no sistema psiquiátrico em 1975, com passagens pela Casa de Saúde Anchieta, em Santos, Irmandade Santa Casa de Misericórdia e Clínica de Repouso Mococa S/A, em Minas Gerais, para onde é encaminhado em 02 de julho de 1976, e de onde temos documentado seu primeiro registro.

“02/07/76 Exame psíquico: atlético, limpo, composto, passivo, facie atípica, contato precário, apático, afetividade embotada, crítica deficitária, baixo nível mental, sem alterações senso-perceptivas no momento, capacidade descritiva mal. Diagnóstico definitivo: 295.3 do CID65 295.3 da 9^ª”.

“14/04/77 Anamnese social. 1ª instituição em que foi internado: Casa de Saúde Anchieta/Santos. Identificação Social:

Fase da infância: (sic) gostava de brincar com terra, tinha muitos colegas e fazia muita arte, com isso sua mãe não perdoava e batia sem dó. O pai bebia muito, chegava em casa alcoolizado e tinha constantes brigas com a mãe. Frequentou escola até o 2º ano primário e (sic) a professora era muito “brava”, deixou os estudos para ajudar o pai que era pedreiro. Nesta fase não teve problemas graves de saúde.

Fase da adolescência: “Começou a trabalhar com 11 anos e aos 14 anos teve “maleita”, foi tratado pela equipe da malária, voltando a trabalhar com o pai, passou a ter vida normal, frequentou bailes e festas, teve algumas namoradas. Aos 15 anos caiu de uma mula batendo a cabeça no chão, ficou desacordado mas os pais não levaram-no ao hospital, fez tratamento em casa. Passou a sentir fortes dores de cabeça e ficar nervoso não chegando a agressividade (sic). Acredita ter tido

meningite a 2 anos atrás diz ter sido vacinado mas de nada adiantou. Ele próprio resolveu internar-se. Atualmente reside sozinho numa pensão, a família está na Bahia. Quando saiu de alta da 1ª internação não retornou ao trabalho, após dois meses voltou a internar-se pois seu estado de saúde piorou.

Diagnóstico social: classe econômica social e educacional baixa. Grandes dificuldades financeiras desde a infância. Depois de sua vinda para Santos, piora o seu estado de saúde. Atualmente sem condições de convívio social e estabilidade econômica”.

A pobreza, as dificuldades da vida em família, a infância ameaçada pelo trabalho e o nível de escolaridade vão servir como elementos de análise à diagnose psiquiátrica do seu “estado de doença social”. De um laudo técnico elaborado em Mococa, em 24 de dezembro de 1987, quando da sua segunda internação na instituição (vindo da Santa Casa de Misericórdia, onde esteve por um período de dois dias, imediatamente anteriores à transferência), temos as observações dos “*principais sinais e sintomas clínicos*”, momento em que é identificado como

“24/12/87 um paciente psicótico crônico com várias internações frenocomiais. Em sua história há relato de apatia, indiferença, medo infundado, delírios de fundo persecutório e insônia”. “Afeto: embotado; dissociado. Pensamento: pobre; ilógico; coerente; não detectei delírios. Desorientado alopsiquicamente. Crítica: prejudicada. Amplictil 100mg; Aldomet 250mg; Binotal 500mg.”.

Nesse último hospital, passa por uma cirurgia de hiperkeratose plantar direita. Descuidos e negligência médica quanto a sua condição de diabético lhe custam a amputação de uma perna.

Segundo anotações de uma “*ficha de seguimento psicológico – entrevista inicial*”, não datada, mas elaborada já pela equipe técnica do Hospital Pinel, Ostílio

“Fala que sua internação deve-se ao fato de ter ficado doente, questionado diz que começou a suar sem parar, que esquecia o nome de ruas, cidades, etc. Diz que ouvia vozes que lhe diziam que ele tinha que morrer, que se cortar todo, ou senão pular de

uma ponte ou viaduto. Fala que isso começou a acontecer com ele na idade de 37 anos. O paciente diz que namorou bastante, não casou-se por achar que não daria certo. Foi internado pelo irmão, estava ciente da internação.”

Ostílio é transferido da Clínica de Repouso Mococa para o Hospital Pinel, em 14 de julho de 2002. Aí, teve passagem por várias unidades e, na ocasião da nossa entrevista, encontrava-se num dos “lares abrigados”, residências construídas à época em que o Hospital Pinel esteve sob regime privado e que destinavam-se aos particulares de extração social superior. Essas edificações, hoje deterioradas, foram renomeadas por conta de um programa interno que visava a uma condição menos institucionalizada, em que se buscava a maior autonomia para os pacientes. Ostílio divide a casa com outro interno do hospital. Recebem suas refeições e medicamentos diariamente. Foi na sala de estar do seu “lar abrigado” que tivemos nossa conversa. No trabalho de construção de identidade que temos da sua narração, Ostílio nos traz um forte sentido de autoridade narrativa.

“— Eu nasci em Cabacera, município de Jatobá, na Bahia, mas sou naturalizado como paulista, n’ê?! Meus documentos são de São Paulo, só trouxe o registro de lá”.

“— Quando foi a primeira vez que o senhor chegou num serviço de saúde?”.

“— A primeira vez eu cheguei lá em Araçatuba, 20 poucos anos, eu ’tava doente, com febre, aquela febre pegada da água, terçã, n’ê?! Eu vim de lá [Bahia] com 15 anos. Fiquei uma base duns 8 meses em Araçatuba. Eu trabalhava vendendo churrasco, eu sou agente secreto do exército, eu estudei na marinha, depois passei p’r’o exército, trabalho na polícia do Estado de São Paulo, trabalho no serviço secreto da polícia de São Paulo, que o governo me pôs, n’ê? Assim, quando eu vim da Bahia, ele me pôs, no serviço secreto do Estado de São Paulo. Eu fui p’ra Bahia, p’ra casa do meu pai, ’tive lá seis meses, depois o governo escreveu que eu tinha que vir p’ra São Paulo, que eu trabalhava no serviço secreto da polícia de São Paulo. Ele [governo] não falou no serviço secreto, falou na polícia, n’ê?... de São Paulo. Então, tem mais de cinqüenta anos que eu trabalho. ’Tou trabalhando, n’ê”.

“— Depois de Araçatuba o senhor foi morar em qual cidade?”.

“— *Depois de Araçatuba eu... depois de Araçatuba eu dei um pulo, fui p’ra Três Lagoas em Mato Grosso. Depois eu voltei e ’tive aqui, numa cidade aqui que é do noroeste... eu esqueci o nome da cidade agora, aqui em São Paulo*”. (Ostílio José dos Santos)

Ostílio alcança a cidade de Santos e ali lhe será apresentado o caminho para uma longa carreira de institucionalização, interrompida apenas por medidas judiciais determinando o encerramento dos serviços em que esteve e, então, as conseqüentes transferências.

“— *Quando pela primeira vez o senhor veio para um atendimento de saúde mental?*”.

“— *Foi em Santos, na Casa de Saúde Anchieta de Santos, em ’75. ’Tive lá 76 dias. Eu fiquei doente e fui lá para um abrigo da Dona Maria, aí depois a dona disse – que era professora aposentada do Estado – falou que ela telefonou p’ra lá, e falou assim: — O senhor, Seu Ostílio, vou mandar p’ra o empregado daqui levar o senhor lá pra Casa de Saúde Anchieta.*

“— *Por que levaram o senhor?*”.

“— *Porque eu não ’tava bom da idéia, n’ê?*

“— *O que o senhor tava sentindo?*”.

“— *Eu ’tava esquecido, n’ê? Que eu sou de família... sou descendente de índio, meu bisavô é índio. Sou nervoso, n’ê?, sou nervoso*”. (Ostílio)

A condição de paciente psiquiátrico se ajusta perfeitamente ao estado de desamparo social e mesmo encontrará pelo seu histórico familiar, naturalmente, o pleno direito ao internamento. A psiquiatria positivista trabalhará com categorias de diagnósticos integralmente submetidos a questões de funcionamento burocrático. Sempre a lógica da oportunidade, do sentido de saúde depreendido do pressuposto da força, de um social concreto que se quer.

“— *O senhor lembra bem como foi o primeiro dia quando o senhor chegou lá na Casa de Saúde Anchieta?*”.

“— *Eu lembro do primeiro dia. Foi assim... eu não lembro, sei que foi em ’75. Só se vendo lá com a pessoa, se vendo no livro, n’ê?*”.

“— *Quando o senhor chegou lá em ’75 eles preencheram um livro lá?*”.

“— É, preencheram as ficha, n'ê? Então, e tinha licença todo o sábado p'ra sair... voltar sábado. Ficava o dia inteiro lá, na rua, n'ê? Fiquei 76 dias, aí o médico falou: — Teu caso 'tá resolvido, que faltou uma vaga aqui, eu vou preencher na tua vaga. Eu: — 'Tá bom!”

“— Tinha uma pessoa que vinha entrar p'ra vaga do senhor?”.

“— Ele já tinha entrado, era de dia e ele já tinha chegado. Eu saí mais ou menos uma base de 11 horas”.

“— E como foi aquele período lá dentro?”.

“— Foi muito bem, fui muito bem tratado”.

“— Aí o senhor saiu da Casa de Saúde Anchieta e foi p'ra onde, foi trabalhar?”.

“— Eu voltei p'r'o abrigo”.

“— O senhor tinha muito amigo?”.

“— Eu tinha muito amigo, eu tinha muito amigo, inclusive um dia aconteceu uma briga lá com um sergipano, que era pedreiro e dois ou três pretos que invadiu o terreno e deu um murro no nariz dele, eu falei: — Deixa o homem, não mexe com o homem que você vai se dar mal. Era lá na pensão do Renato, eu falei: — O que que você 'tá mexendo com o homem, você 'tava dançando com a mulher dele, ele tem razão de falar, claro”.

“— Daí o senhor protegeu o amigo?”.

“— Protegi, eu queria o amigo, n'ê? 333, o número da pensão lá, eu morava num quarto, cozinhas p'ra mim. 'Tou dentro da idade de 71 anos, fiz em 4 de março. (Ostílio)

O quadro nosográfico se estabelece desde o princípio como um quebra-cabeça auto-regulado, no qual o princípio da vida deverá encontrar suas peças constitutivas. Todo elemento será ajustado num conjunto uniforme e sem arestas de sobra, pelo que o sentido da enfermidade virá como um retrato em negativo da saúde que falta. A razão imperativa será a da conveniência, donde os quadros sociais alcançam, pela validação médica, seu argumento de força, tudo em auto-referência. A vida se explica pela vida que se supõe não haver. O modelo é algorítmico.

“— Depois da Casa de Saúde Anchieta o senhor foi p’ra algum outro tipo de casa de tratamento de saúde mental?”

“— Eu fui p’ra Mococa, interior de São Paulo. Divisa de Minas, interior de São Paulo. Foi no dia 2 de julho de 1976”.

“— E por que o senhor foi p’ra Mococa?”.

“— Eu fui p’ra Mococa por que ’tava doente, n’ê?, doente da idéia”.

“— Mas o senhor se sentia doente, ou as pessoas falavam que o senhor ’tava doente?”.

“— Eu me sentia doente e as pessoas falavam que eu ’tava doente. Eu fui por que ’tava doente e p’ra terminar os meus estudos. Um dia, eu falei p’ra psicóloga: — A senhora vai me desculpar, eu inteei de falar, mas eu acho que é falta de desenvolvimento de estudo, que preciso. Ela falou que achava que era mesmo. Ela falou: — Então o senhor deve ir p’ra um abrigo, p’ra estudar”. (Ostílio)

Nesse jogo em que se semeiam as determinantes históricas no corpo da essencialidade, não se sabe onde começa e onde termina a experiência da vida humana. A psicologia e a psiquiatria têm, assim, à inteira disposição, todo o campo da construção de uma anamnese ficcional, tudo o que se estenderia retrospectivamente e à frente da prática histórica. O homem e sua história de vida interessam no que puderem atender ao pressuposto da natureza humana. O manicômio será por definição o seqüestro da autonomia.

“— O senhor foi por vontade própria p’ra lá, ou alguém levou o senhor?”.

“— Não, eu fui conversar com o médico, ele me falou assim: — Seu Ostílio, é bebida o caso do senhor? O que que é? Eu falei: — Não é bebida, não. — Então o senhor vai conversar com a Dona Maria que ela é chefe do INPS. (Uma loira baixa e gorda) Aí eu conversei com ela: — O senhor tem os seus documentos, Seu Ostílio? — ’Tá ali tudo. — ’Tá com todos os seus documentos aí? Eu falei: — ’Tô. Ela falou: — Nós já conversamos, vamos conversar mais, mas vai falar com a moça do guichê, as duas moças. Fui falar com ela, ela falou: — Tinha uma vaga p’ra Américo Bauhaus [Itapira], mas já foi preenchida. E tinha uma vaga, mas p’ra esperar 15 dias. — Mas tem vaga p’ra Mococa, o senhor quer? Eu falei: — Quero. — Então o senhor vai viajar amanhã p’ra Mococa. Fui sozinho, de ônibus. Peguei o ônibus naquela

rodoviária antiga de São Paulo, ali perto da Luz. Peguei 12:30 e cheguei parece que cinco e meia lá em Mococa. Cinco horas de viagem”.

“— E quando o senhor chegou lá quem recebeu o senhor?”.

“— Quem recebeu foi uma médica, que chegou e fez a entrevista. Falou: — Seu Ostílio, o senhor tinha bebido? Não, primeiro ela falou assim: — O senhor já namorou, Seu Ostílio? Eu falei: — Já (risos). Eu falei p’ra ela: — Namorar é muito bom. Ela falou: — O senhor bebeu, Seu Ostílio? Eu falei: — Tomei uma ali no bar ali, uma pinga boa, tomei, vim tomando desde São Paulo”.

“— E o que que ela disse?”.

“— Ela disse: — Não pode beber, Seu Ostílio. Porque que o senhor bebe assim? Eu falei: — Não, mas eu bebi, eu sei beber, eu bebi parcelado, pinga boa”.

“— E ela achou ruim isso?” Não, ela não achou ruim. Falou só sério: — Não pode beber. Falou”.

“— Aí ela encaminhou o senhor lá p’ra dentro de Mococa?”.

“— Não, ela falou: — O senhor aguarda que um moço vai lhe levar lá p’ra dentro, um funcionário, p’r’o senhor jantar e depois vai o remédio, p’ra tomar o remédio”.

(Ostílio)

Remédios administrados, resta esperar a manifestação dos sintomas. Tudo se explicará definitivamente, e qualquer dúvida poderá ser dirimida pelas reações que necessariamente virão. A realidade do sofrimento psíquico é encapsulada, e a partir daí exige-se respeito e dedicação aos efeitos da medicação. O atestado de saúde virá pela aceitação dos mesmos como reflexo e extensão da causa do padecimento. Quanto mais acentuados, maior a gravidade do mal. A convalescença administrada é calma, não reclama da dieta, tem o organismo viciado na droga, vê boas intenções na laborterapia, não sente saudades e nem deseja. A ideologia dessa saúde psiquiátrica é a doença da qual morreremos como sujeitos.

“— E quanto tempo o senhor ficou lá em Mococa?”.

“— Entrei em 2 de julho de 1976. Eu fiquei lá vinte e tantos anos. Saí, depois fiquei um ano e tanto no Izar. Depois voltei, até 90. Depois fui p’ra casa de minha mãe, e aí voltei p’ra lá, quando fui operado. E fiquei até agora, em 2001, quando fechou. Aí

cheguei aqui, quando fechou lá. Fechou porque o homem ficou com umas espertezas lá, ficou devendo mais de cinco anos de alugueis”. (Ostílio)

Conversamos sobre a transferência de Mococa para o Hospital Pinel, quando do fechamento daquela instituição. Ostílio lembra da ocasião em que supostamente lhe teriam dado a opção de escolha quanto ao lugar para o qual se mudaria.

“O fiscal falou: — Seu Ostílio, vamos conversar. Dois fiscais da Secretaria de Estado da Saúde. — Aqui vai fechar, o senhor vai transferido, vamos conversar. Para onde o senhor quer ir? Eu falei: — Eu quero ir p’ra São João da Boa Vista. Ele disse: — P’ra Taboão, não, que lá não tem Hospital Psiquiátrico, tem em Pinhal. Eu falei: — Então quero ir em Pinhal. — Pois o senhor vai ver que nós vamos arrumar um lugar bom p’r’o senhor que o senhor merece. Eu falei: — Que dia que é que viaja? — Amanhã. (Era terça-feira, numa quarta-feira eu saí de lá). Pôs numa perua, a moça do ônibus falou: — Não é nessa perua não, é naquela perua que ’tá lá dentro, lá dentro lá, vocês três. (Que era eu, Manuel Cininho e José Aparecido). E tirou e pôs na perua, aí eu falei: — Dá pra levar andador, dava pra levar uma cadeira de roda? — Dá. (Que o José Aparecido estragou a minha cadeira que tinha custado 660 reais)”.

“—Em Mococa eles não davam cadeira de roda?”.

“— Eles davam, mas não prestava, ou com o pano furado. Essa minha era de couro, o forrado e o encostado de couro. Custou 660 reais. O José Aparecido mijou nela e fez necessidade, daí apodreceu e rasgou. Aí veio ela e me deu esse andador, esse andador é meu, eles não faz desse andador aqui em São Paulo, lá em Mococa é que faz, é de ferro e aço”. (Ostílio)

As estratégias pessoais de busca de condições de amparo à própria saúde, recorrentes e definidoras do cotidiano da instituição psiquiátrica, somam-se aos fatores que fazem pensar sobre sua verdadeira função, se médica ou puramente social, do que talvez seja a medicina, nesse campo, uma ciência social aplicada. O reconhecimento da dubiedade desse estatuto aparece também pelas relações de amizade entre os internos e a equipe de apoio assistencial.

“Quando eu disse que queria ir p’ra Pinhal, uma enfermeira disse assim p’ra mim: — Lá não é bom, a comida não é boa lá, Seu Ostílio.

“— E por que o senhor queria ir p’ra São João da Boa Vista?”.

“— Porque uma vez eu ’tive lá. Cidade boa, bonita”.

“— E como é que foi a vinda p’ra cá, a chegada?”.

“— A chegada aqui foi boa. Essa Dedete chegou e falou, levou nós lá p’ra ala masculina e depois veio a janta, ela falou: — O senhor não pode comer dessa comida que o senhor é diabético. Eu falei: — Ôpa, aqui a comida é boa, a comida aqui é delícia, é jóia.

“— E sempre foi boa?”.

“— Não, no começo a dieta não era boa, eu jogava fora. Agora que eu não joga nada fora, como tudo, é boa, de comer é bom”.

“— E aqui, o senhor fez bons amigos?”.

“— Fiz amigos aqui, tenho amigos”.

“— Aqui o senhor foi sempre bem tratado?”

“— Fui, fui bem tratado”.

“— Nunca o senhor viu algum amigo do senhor ser maltratado, apanhar?”.

“— Não, nunca, aqui não bate em ninguém, não. Nem toma choque, não. Eu ’tive na ala masculina, depois no Convívio e aí vim p’ra cá. Em todos fui bem tratado, mas aqui sou mais bem tratado. Foi por causa da diabetes que eu perdi a perna. Foi por causa da diabetes e porque o médico não era bom, era psiquiatra e operou os calo no pé e não informou que eu era diabético. Aí deixou a diabetes subir, aí foi preciso cortar a perna, lá em Mococa. Aconteceu que eles não examinou, n’ê?, não sabiam que eu era diabético. Eu não sabia também, infeccionou”. (Ostílio)

O manicômio não é prioritariamente espaço de tratamento, aí o exame não é clínico no sentido da análise investigativa da saúde, partindo-se antes dos quadros da doença para a então esperada confirmação dos sintomas pré-estabelecidos. A realidade é a amputação que escapa aos seus cuidados. Ostílio é trabalhador, e na condição de não poder firmar-se como tal, fez-se dele paciente psiquiátrico.

Também a história dos esforços de trabalho de toda a vida engalfinha-se à lembrança de Maria Aparecida Adão quanto à experiência dos seus internamentos nas instituições psiquiátricas. Natural de Espírito Santo do Pinhal, interior de São Paulo, nasceu em 21 de

setembro de 1940. Ao que se supõe, sua internação no Hospital Psiquiátrico Pinel data de 08 de maio de 1999, tendo antes passagem pelo Instituto Psiquiátrico Guarulhos e pela Casa de Saúde Santana, onde esteve por cinco anos, a contar de 09 de março de 1994. Da leitura dos prontuários das duas instituições pesquisadas, pode-se observar que datas de internação e desinternação, bem como guias de transferência de hospitais que marcam o histórico médico dos pacientes, são informações que não aparecem organizadas em ordem cronológica isto, quando aparecem. Não há clareza do histórico institucional dessas pessoas, sobretudo para os profissionais das instituições. Daí, os recomeços freqüentes, que, pelo que se observa, marcam um modo de funcionamento institucional que remonta mesmo ao tempo da fundação desses lugares. A cada novo médico ou técnico responsável pelo caso, temos outras investigações de passagens, outras anamneses. Vale notar que Maria Aparecida é negra, observação que vem anotada já na sua identificação no prontuário. Em alguns casos, os brancos têm a anotação da sua “raça” na identificação, o que não é uma constante, como costuma ser para os negros. O diagnóstico que merece Maria Aparecida Adão e que justifica sua estada na instituição psiquiátrica é de Epilepsia / CID F06.9. Por aí, estaríamos no começo do século, em pleno alienismo, não fossem hoje mais rasteiras e desprestigiadas as razões em torno da ciência manicomial. A pobreza, camuflada com glamourosa violência, donde a tínhamos por sintoma dos quadros da nosografia psiquiátrica, hoje é por si só justificativa.

“Relatório Psicológico. Maria Aparecida Adão, moradora preservada dentro de suas limitações, apresenta momentos de ausência e não raras vezes, seguidas de crises convulsivas, tem demonstrado pequenos progressos dentro do programa Lares Abrigados. A falta total de retaguarda familiar, seu longo período institucional e sua adaptação na proposta de Reinserção Social, justificam sua permanência na instituição. Antônio Albino – psicólogo 06/30998-5 São Paulo, 01 de outubro de 2000”.

Se não isso, então,

“14.05.99 (...) Foi perguntado o motivo que a levou a Casa de Saúde Santana, e a mesma alega que sentia-se mal, com ataques e sua patroa a internou. Demonstra muito alegre, cantando e muito falante. Não possui documentos”.

E os eternos recomeços. Ainda que justificados pela desorganização, nunca escapam de juntar elementos para encaminhamentos e outros processos que sempre garantirão a longa permanência.

“04/04. Paciente vinda da C.S. Santana. Refere que foi internada porque tinha ataques e ficava c/ a cabeça ruim: tirava a roupa, saia correndo pela rua. Refere que há mais de dois anos não tem crise ou confusão na cabeça, mas não teve mais contato com a família. Refere que morava em Pinhal e acredita que ainda devem morar lá. Ao exame, paciente consciente, lúcida, sem alterações perceptivas. Teve relaxamento intelectual”.

Maria Aparecida Adão, quando a conheci, recuperava-se na Unidade Convívio de uma cirurgia na cabeça do fêmur, por conta de ter sofrido uma queda em sua residência no Projeto “Lares Abrigados”.

“— Todo mundo aqui chama você de Adão, n’ê?!”.

“— É, todo mundo me chama de Adão”.

“— E quando você era pequena também te chamavam de Adão?”.

“— Não, me chamavam de Cidinha”.

“— Como é que era sua vida de criança?”.

“— Ah, isso já nem ’tou me lembrando mais, sabe, quando eu era criança. Me lembro quando eu era mocinha, que eu fiquei mocinha. Posso falar, n’ê?, é médico, pode falar. E aí um dia eu peguei e fui no banheiro. E aí eu falei pra uma senhora, que eu trabalhava com ela: —Dona Zezé eu ’tou, ’tou, ’tou fazendo xixi de sangue, fazendo xixi de sangue. E aí foi no banheiro e disse: —Não, você ’tá ficando mocinha”.

“— Você tinha quantos anos?”.

“— Eu ’tava com dezesseis anos”.

“— Nesse período você morava com seus pais?”.

“— Quando eu tinha dezesseis anos já não morava com meus pais. Eu saí da casa dos meus pais para trabalhar, eu saí com doze anos, com doze anos”.

“— E aí você foi trabalhar com quê?”.

“— Eu trabalhava em casa de família. No interior de São Paulo. Já ouviu falar em Espírito Santo de Pinhal? Então, é lá que eu morava, é lá que eu nasci. E aí depois eu fiquei com a cabeça boa, e aí precisou pegar, a minha irmã pegar e vim p’ra cá, p’ra São Paulo, minha irmã também trabalhava na casa de família. Aí, eu comecei a ficar doente, não ’tava boa da cabeça, não ’tava boa da cabeça. Minha irmã trabalhava na casa da cunhada dessa senhora que eu trabalhava. E aí, precisou pegar e vim p’ra cá, p’ra São Paulo, p’ra pegar p’ra trazer p’ra arrumar um lugar p’ra mim, mas não fiquei internada não, não fiquei internada não, e aí pegou e arrumou um lugar p’ra mim, fiquei na casa da minha família, fiquei na casa de uma tia minha, fiquei na casa de uma tia minha”. (Maria Aparecida Adão)

A aparente incompreensão da epilepsia pela família, aos poucos, vai encontrando suporte na instituição hospitalar, como necessidade de internamento. Contudo, as lembranças de Maria Aparecida enfatizam outras razões, como sua incapacidade para os trabalhos domésticos, aos quais também se prestava em troca dos préstimos e cuidados dos tios.

“— Então você veio pro Hospital?”.

“— Não, fiquei na casa da minha tia, não internaram eu não. Eu ’tava fazendo o tratamento, eu ia no Hospital das Clínicas. Minha irmã pegava e levava eu no Hospital das Clínicas e explicava p’r’o médico o que tinha acontecido comigo, porque eu não me lembrava nada, n’ê? Dá esses negócios na pessoa, o que a pessoa lembra? Esquece!”.

“— E você lembra como era esse tratamento?”.

“— Era o remédio que eu tomava p’ra cabeça. Eu tomava aquele remédio lá, não melhorou não, não fiquei boa. Aí, eu fiquei na casa de um tio meu. Essa minha tia faleceu eu peguei e fiquei na casa de um tio meu, que é irmão da minha falecida mãe. Pegava e falava assim: —Precisa arrumar uma internação pra Cidinha, precisa arrumar uma internação pra Cidinha. Porque eles via o que acontecia comigo, n’ê? Diz que um dia eu fui comprar cigarro p’r’o meu primo, diz que eu peguei, vinha vindo embora, vinha vindo embora com os dois filhos dele, com a menininha e o menininho, que eu peguei, que eu caí, e ainda tinha chovido aquele dia, diz que eu peguei e caí na água. Aí, precisou o menininho e a menininha pegar ir lá na casa do

meu primo avisar, avisar eles que eu tinha caído. Eu 'tava lá na casa do meu primo, que quando acabava o serviço na casa da minha tia, eu pegava e ia lá na casa do meu primo conversar com ele, assistir televisão, tudo n'ê? Ai, meu tio falou assim: — Precisa levar ela p'ra fazer tratamento”. (Maria Aparecida)

Maria Aparecida, convalescente da cirurgia na perna, passa dias deitada em seu quarto na Unidade Convívio. Já há muito que não recebe visitas familiares. Sua resignação é resistência quanto a essa falta, nunca estando resignada, contudo, quanto ao abandono da instituição pública na busca por uma situação que lhe favoreça. É prova disso a sua recorrência ao Serviço Social do Pinel no sentido de buscar uma revisão do seu direito a um Benefício pela Lei Orgânica de Assistência Social. “24.01.02 Moradora insiste em saber sobre seu dinheiro do Benefício que está p/ dar entrada. Orientamos, diz que vai aguardar e não quer que sua família pegue seu dinheiro. Elisabeth A.S. Uchoa – Assistente Social – CRESS 28041”. A relação da instituição com os pacientes que recebem algum tipo de renda, seja pelo pecúlio proveniente dos trabalhos internos de geração de renda, benefício ou mesmo aposentadoria, é sempre remarcada por um preconceito que criminaliza a pobreza – ao que parece, sintoma da tendência ao desperdício, sua incapacidade natural para gerenciar os recursos próprios ou ganhos para o luxo e então, a reboque, todos os outros pecados capitais.

“29.08.00 Saímos fomos até a perfumaria na rua Benedito de Andrade. Morador apresentou-se adequada dentro dos seus limites, porem com dificuldade p/ caminhar (cansada). Comprou 01 desodorante, 01 colônia, 01 salgadinho (coxinha), 01 café. Consegue manejar o dinheiro lentamente. Ao retornarmos, ajudou espontaneamente a descascar abóbora, não tem dificuldade em manejar a faca. Aux. de enfermagem.”

As penas enfrentadas cotidianamente no Hospital Pinel ficam relativas à suposição do que seria ainda pior, a condição de dependência da estrutura familiar. Maria Aparecida se sabe refém da impossibilidade de contar com tais apoios.

“— Como é que é o seu dia aqui no Pinel, como é que é morar aqui?”

“— É, é bom. Eu pego, levanto da cama, fico sentada na beirada da cama até chegar a hora de chegar o café. Ai chega o café, depois começa o banho, aí começa o banho”.

“— Toma banho na cama mesmo?”.

“— Não, eles pega, põe eu numa cadeirinha de roda e leva eu p’ra tomar banho lá debaixo do chuveiro”.

“— Todo dia você toma banho?”.

“— Todo dia, todo dia. Não quero ficar sem tomar banho não. Lavar esses pixaim todo dia, todo dia eu lavo também, todo dia eu lavo a cabeça. O lugar que eu ’tou mais gostando é aqui. A minha família não ’tão fazendo conta de mim mesmo. Faz tempo que eu não vejo mais ninguém da família. — Se eu sou casada? Não, sou solteira, sou nega velha já. Agora semana que vem é meu aniversário, 64, no dia 21 de setembro, vai cair numa terça-feira, eu já marquei. Advinha quem faz tudo a data do mês aqui? Eu, eu guardo tudo na minha cabeça a data do mês, hoje, eu já sei que hoje é dia treze. Então, amanhã já é quatorze”. (Maria Aparecida)

O tempo roubado da experiência viva se imobiliza na contabilidade dos calendários, vira artigo de consulta e prova de sanidade. Por outro lado, a instituição psiquiátrica é pródiga no desperdício do tempo, no que promove um tempo único, sem sobressaltos externos, o propalado tempo da calma e da paz. Por sorte, a vida mais do que subjetividade pede a intersubjetividade dos encontros, e assim o tempo se fragmenta novamente na lembrança das boas experiências vividas.

“— Eu ’tou com bastante idade já”.

“— E como é que é ter essa idade toda?”.

“— Ah, eu já nem sei explicar, sabe? Ai, um dia tinha uma assistente social que trabalhava na minha casa, como é que é o nome dela? Já me esqueci como é que é o nome dela. Eu ’tava limpando a janela da minha casa, quando vê: — Maria Aparecida Adão, filha de José Adão, filha de Julieta Pascoal Adão. Ela pegou, procurou o meu registro, ela achou o meu registro, a assistente social. — 21 de setembro de... o ano? O ano?! Isso eu já não guardei na minha cabeça.

“— E você imaginava quando pequena que um dia ficaria com tanta idade, que seria idosa?”.

“— *O meu falecido pai com a minha falecida mãe levava a gente pra passear*”.

“— *E você imaginava que um dia ia ter tanta idade?*”.

“— *Isso eu não imaginava não*”. (Maria Aparecida)

O hospital declara seus fundamentos. Qualquer conteúdo que se arvore proveniente de bases materiais será desconsiderado. É um novo aprendizado que se exige a partir de então. Os familiares precisarão desse entendimento para participar do tratamento. A doença abre o sulco dos seus sintomas, todo *delirium*, e a história de vida do paciente deverá confirmá-los. Primeira regra: diagnosticada a doença, essa precisa se manifestar.

Eulina Maria da Costa foi internada no Hospital Psiquiátrico Pinel, em 09 de dezembro de 1988. Encontrava-se na rodoviária de São Paulo, tentando voltar para Curitiba, quando foi levada para a Santa Casa pela polícia e dois advogados. Nascida no dia 05 de setembro de 1938, no Estado de Pernambuco, Eulina tem um longo histórico médico que se inicia já em Curitiba, no Hospital Aduino Botelho. Em São Paulo, é submetida a um exame psicológico, do qual temos o laudo que segue.

“15.12.89 Entrevista feita com os familiares da paciente. Vieram para a entrevista dois irmãos da paciente (Sebastião e Rita). Neste 1º contato, foi tentado ouvir e sentir a história sobre a paciente, e como a família reage perante esta situação de doença. No primeiro momento, foi explicado algumas características da doença da paciente, como são os sintomas (delírios e alucinações). Foi percebido por mim que os irmãos da paciente tem uma dificuldade de compreender o que acontece, não conseguem estar plenamente esclarecidos do comportamento da irmã, mas por outro lado, foi sentido também, uma rejeição perante a reintegração da paciente no seu lar. Usam de várias formas de defesa, para evitar um entendimento do problema da paciente. Na conversa que tiveram comigo, usam de minha influência para ajudar a enganar a paciente. Isto é, em relação ao caso de transferência para FEM (unidade feminina). Outra característica observada nos irmãos, é que tentam desvendar a “fama da irmã” nas suas histórias criadas (delírios). Os irmãos não incaram como um problema da doença, mas como um ato consciente da irmã. Diante desta 1ª entrevista é tirado

como conduta outro encontro com os familiares e trabalhar com a paciente estes contatos. PAULO (Fundap)”.

Seguem várias menções à vontade da paciente de ir embora. Relatam que caminha até à portaria, dizendo esperar pelo marido e pela filha. São raras as ocasiões em que pertence ao paciente desassistido por familiares ou responsáveis a informação quanto ao próprio destino. Remoções e transferências, nesses casos, são apenas comunicadas, nunca com detalhes. Como a questão aí é garantir um procedimento sem contratempos, opta-se pela certeza de que um diagnóstico corrosivo poderá sempre recolocar na penumbra qualquer compulsoriedade que eventualmente seja posta de modo aparente pelo transferido. Eulina teria mencionado, pelas anotações de um técnico do Hospital Pinel, que uma enfermeira chamada Teresinha, em Curitiba, a coloca numa Kombi informando que iriam para a casa do marido, acabando por trazê-la para São Paulo. Com tom jocoso, no sentido de desautorizar os comentários de Eulina, o técnico observa, como que ironizando o entendimento da interna, que *“fizeram isso porque têm ciúmes dela com o marido, querem ficar com o marido dela”*.

“— Como é que a senhora veio parar aqui?”

“— Foi uma advogada e uma enfermeira da clínica de Curitiba que trouxe eu p’ra aqui. [O advogado] me levou à casa de Rita, p’ra eu morar na casa dela. Deus que me livre! Que era p’ra meu marido me procurar na Santa Casa, na Santa Casa, e elas foram contra mim. Alguém foi contra mim, que não me entregou eu a meu marido, me entregou p’ra ficar aqui, que Rita indicou. Rita é uma doida, meu filho, Rita é uma doida. A mulher que falava de mim. Ela falava que eu era uma puta sem-vergonha”.
(Eulina Maria da Costa)

No momento em que denuncia a arbitrariedade com que decidem sua remoção, é todo o ser de Eulina que parece padecer de um *“quadro delirante persecutório”*. Para além da biografia médica, o que temos a todo momento é o esforço de descaracterizar qualquer crítica

ou denúncia por parte dos pacientes, esforço mais contundente à medida que as vozes se agudizam.

“20/12/89 Paciente ansiosa. Queixa-se que sua medicação está errada. Feito o atendimento e a paciente vai acalmando-se no transcorrer deste, mas no final, volta a ter um comportamento de estar sendo perseguida. O contato permanece com dificuldade, a todo o momento usa de delírios para explicar situações adversas a sua história, como também, os dados de realidade colocados por mim. Feita a atividade. A paciente é comunicada sobre sua licença, que não seria possível. É trabalhado com ela a dificuldade de interação com os outros. PAULO”.

“23/01/90 A paciente no vínculo deste atendimento mostra-se inconformada com certos limites impostos por mim. Fica irritada. Ela tem dificuldade com a realidade externa (...) PAULO”.

As relações mediadas pelo pressuposto da técnica, por princípio, definem a instituição psiquiátrica. No entanto, minhas impressões aí sempre mostraram que essa não costuma ser a tônica que move os encontros entre equipe técnica e internos. Alguma voz de comando ou avaliação sempre restam, é bem verdade, contudo as descontrações eventuais provam que a presença dos profissionais não é missionária, mas sim de trabalho, portanto, também informada por conflitos e distensões institucionais. E nesse campo, a humanidade é tocada a todo instante. São raras as ocasiões de encontros dentro do Hospital Psiquiátrico Pinel em que os técnicos se apresentam tão insensíveis e missionários como nessas transcrições.

“20/03/90 Paciente atendida depois de um período de férias. Queixa-se de ter tido um briga com outra paciente, conta que não pode reagir porque não tem força. Faz neste atendimento um relato decorrente deste fato, seu conteúdo é de inconformismo e revolta. Limita-se a reclamar colocando-se numa posição de vítima (ressalta muito este fato). É feito um contrato de atendimento onde a paciente tem uma difícil compreensão do meu papel, confunde com um amigo. “Venha me visitar mais vezes” (sic). É ressaltado o contrato e o meu papel. PAULO”.

“27/03/90 (...) A paciente não tem consciência do seu estado, busca a fantasia para resolver seus problemas de confronto com a realidade. PAULO”.

“02/04/90 Paciente conta que mantém um contato com o marido de uma forma espiritual, isto ocorre para mostrar que a paciente vive uma boa parte de seus vínculos pela fantasia. Pois há a dificuldade de lidar com o mundo real. Conduta: Trazer a paciente para o contato com a realidade e intermediar o seu vínculo com a realidade. PAULO”.

Mesmo da dureza e frialdade dessas anotações, é possível ouvir as contradições e o pulso de vida que sempre busca a própria reprodução. O desespero é exercício de mobilidade. O Hospital nega toda a possibilidade de vida, arremete sempre para o ordinário e o mais tedioso, cobrando, no entanto, a plenitude da satisfação. Sua violência, e isso é o mais lamentável, é surda para os silêncios e feroz com as tristezas.

“12/07/90 Paciente imobilizada na cama. Contactou de uma forma não verbal, apenas faz movimento com a cabeça. No contato com a paciente, buscando compreender o que aconteceu com ela, a paciente começa a chorar. Questionada se tem alguma dor ou se está sob efeito da medicação, a paciente nega, fazendo movimento com a cabeça. Conduta: Buscar uma melhor compreensão e manter contato com a paciente, neste momento que parece estar angustiada. PAULO”.

“16/07/90 Paciente confusa. No atendimento é abordada sua imobilidade da semana passada. A paciente alega que seu “espírito foi para o céu” (sic). E portanto não tinha como falar e mover seu corpo. PAULO”.

O desejo de evadir-se, de alcançar licença ou alta formal, é soberano no cotidiano dos internos. Isso não surpreende, e seus esforços para isso são inúmeros. Por vezes, a fala caminha no sentido de afirmar a segurança da moradia na instituição e, então, vence a necessidade e urgência de permanecer. De uma forma ou de outra, seria de se supor, mesmo que não dispuséssemos das suas narrações, que não escapam da consciência da própria

situação, da condição em que vivem. As condições materiais das instalações, quartos e moradias do Hospital Psiquiátrico Pinel, são de uma precariedade que apenas pode ser encoberta pelo discurso bárbaro de que aqueles que sempre tiveram pouco, ou nada, contentam-se sem protestos. Essas razões, que nos abrem a percepção para injustiças, são próprias das experiências da vida aí dentro. Quem viveu e compartilhou sabe.

“31/07/90 (...) Neste atendimento surge o fato de querer ir embora do hospital. Mas não aceita a forma legal (realidade), então cria o seu jeito de sair “meu marido vem me buscar” (sic), “moro aqui pertinho” (sic). A paciente pode tentar qualquer tipo de fuga, se bem que justificará através de delírios. Conduta: acompanhar este processo de mudanças para uma melhor compreensão e continuar atividade. PAULO”.

“10/08/90 Paciente ansiosa. Alega estar “sofrendo muito com os espíritos que atentam e seu corpo ter sido roubado por outra paciente.” (sic). Paciente traz conteúdo onde sente uma forte ameaça. Com isto busca de formas para livrar-se desta ameaça. Tenta sair do hospital para resolver este problema interno. Paciente tem uma difícil compreensão da realidade e qualquer tentativa de explicar sobre a realidade que é diferente de seus conteúdos fantásticos, esta recusa. Conduta: manter atenção e continuar tendo contato com a paciente, neste momento de grande ameaça que a paciente sofre. PAULO”.

“13/08/90 Paciente ansiosa. Procura no atendimento uma forma de tentar sair de alta. Busca para isso uma explicação irreal, onde diz morar perto do hospital. A paciente chega a ficar irritada com a realidade imposta pelas pessoas que a rodeiam (funcionários, psicólogos e assistentes sociais). A paciente justifica sua saída dizendo que “sua alma já morreu e precisa ir embora” (sic) A paciente traz a todo momento uma construção delirante em que a cada dado de realidade cria uma saída para não aceitá-la. Conduta: Procurar atendê-la mais vezes na semana, buscando ser um canal para compreensão deste estado ansioso da paciente e de suas produções delirantes. PAULO”.

“17/08/90 (...) A paciente fica buscando saída para este problema (sair de alta) mas de uma forma fantástica, não tendo uma comunicação que possa ser compartilhada,

pois a cada momento cria uma resposta para a realidade do mundo externo. Conduta: Buscar junto a paciente uma melhor adequação da realidade, inserindo aspectos construtivos da paciente e reforçando-os. PAULO”.

“10/09/90 Paciente ansiosa. Traz no atendimento alucinações cinestésicas “tem uma solitária se movendo no meu braço” (sic). A paciente traz junto com esse conteúdo o desejo de não mais receber visita de seus irmãos, e também de querer sair de alta do hospital. A paciente tem um mecanismo psíquico que reage a qualquer ameaça “externa e interna”, perante uma forma de conseguir lidar com situações conflitantes. Busca de formas delirantes para construir soluções para suas ameaças e desejos. É comunicado a paciente, sobre um período de minha ausência no hospital (férias). Esta aceita bem a realidade. PAULO”.

Enfim, a realidade favorável: as férias do técnico. As condições institucionais, perseguidoras ao desespero, com suas inúmeras dificuldades e interposições processuais que parecem fazer quase impossível a busca por uma solução viável para a própria situação, não podem mesmo ser aceitas. A instituição psiquiátrica recupera a fala de Eulina sem técnica ou procedimento constante. A todo momento, seu poder de comunicar descontentamentos e arbitrariedades é sufocado, e revertem-se contra ela os seus próprios reclamos.

“05/10/90 (...) Ela traz neste atendimento que sua origem é de outro planeta, quando mais questionada sobre este assunto esta diz não saber dar mais informações”. PAULO.

Mais próximos das festas de fim de ano, intensificam-se os protestos de Eulina a favor da sua liberdade. O trabalho da assistência psicológica dentro da instituição psiquiátrica – diferentemente do serviço social, que em muitas ocasiões busca e encontra saídas concretas – busca garantir a reversão dos sentidos do pânico da prisão e dos maus-tratos em conteúdos desagregadores internos.

“01/11/90 Paciente calma (...) O atendimento é centrado numa análise da paciente do seu passado. Esta chega a abordar temas, que antes eram muito ameaçadores em

atendimentos anteriores. Neste consegue trazer uma história real, não buscando o delírio para preencher o seu mundo, perante a difícil realidade que foi sujeita. A paciente chega aceitar a figura paterna, o que antes era o motivo de sua vida desgraçada. É trabalhado também o seu longo tempo de internação em hospitais (+ ou – 20 anos) o que a paciente demonstra um desejo de sair. Só que ela constrói uma saída imaginária e eu de outro lado, mostro a possibilidade real. A paciente consegue ouvir estas colocações não buscando uma construção delirante, neste momento, que lhe é imposto um dado real. PAULO”.

“14/12/90 Paciente calma (...) A paciente tem, neste momento, um grande desejo de sair de alta. Com isto, busca esta saída de forma delirante “o juiz já deu alta” (sic). PAULO”.

“18/12/90 Paciente traz no atendimento conteúdo persecutório. A todo momento queixa-se que estão tentando matá-la com os remédios. (sic) A paciente faz uma confusão com a medicação, colocando nomes que não tem haver com a realidade. Esta constrói todo um mundo, onde sua referência e a mais real (...) surge na temática da paciente o desejo de passar o natal em casa e também, sair do hospital (...) Surge a vontade de sair do hospital, mas não consegue instrumentalizá-la, por ter sua deficiência de seu problema e da realidade que é difícil de compreender. PAULO”.

Nesse último dia, Eulina é informada pelo psicólogo do seu desligamento como funcionário da instituição, confirmado para o mês de fevereiro. Sua “dedicação profissional” obstinada é intensa até os últimos momentos, empenhando-se inclusive em fazer parecer menores importantes dificuldades psíquicas e físicas por que passa Eulina, como efeitos colaterais da medicação e uma forte crise intestinal que sofre desde o Dia de Natal, fato que passa despercebido pelo técnico da saúde, aparentemente tão versado na aplicação de chaves interpretativas.

“27/12/90 Paciente confusa quanto a medicação. Traz justificativas para não tomar o remédio, diz que não é o remédio certo (sic). A paciente tem em sua dinâmica uma alteração de seu comportamento, em parte, ocorre uma mobilização de seus

conteúdos internos perante a sua dificuldade de aceitar a realidade (passar o natal (sic.) em casa e o grande período de internação). A paciente não consegue organizar-se, daí aciona seus conteúdos persecutórios, que alteram sua rotina (no caso a medicação que antes aceitava). Conduta: manter-se do lado da paciente, doente traz constantes ameaças, e buscar junto com a paciente a reorganização deste momento confuso. PAULO”.

“04/01/91 Paciente calma (...) A paciente conta que recebeu visita de seus familiares (irmão, cunhada, irmã) tendo um bom relacionamento com eles. Esta visita ajuda a paciente controlar-se, perante os conteúdos que emergem dela (natal, fim de ano). Visto que a paciente constrói de um forma imaginária, que neste natal recebeu a visita de “seu pai e sua mãe”. A paciente demonstrou estar passando um momento de forte emoção, devido as festas de natal e fim de ano. Isto tem significado de alto valor, por esta ser muito religiosa e também, sua problemática de estar muito tempo internada. Quanto a medicação está mais de acordo com a paciente. Ela diz que o remédio agora está certo, não tendo nenhum problema. A paciente está mais tranqüila e menos ansiosa com a medicação. Apenas queixa-se de secura na boca, e também, que desde o dia 25 está com diarreia. PAULO”.

“07/01/91 Paciente calma (...) A paciente está falando melhor com os seus conteúdos (natal, fim de ano e desligamento [do psicólogo], consegue aceitar estas passagens, sem que desorganize-se, como aconteceu anteriormente. Paciente adequada quanto a medicação, apenas queixa-se que a boca está seca e que está com diarreia. PAULO”.

“15/01/91 Paciente calma (...) Paciente fala que quer ir embora para sua casa. No caso diz que seu marido e suas filhas moram aqui perto (fato inicial). Quando tento colocar sobre seu único vínculo familiar (seus irmãos) a paciente recusa e diz que estou enfeitado (sic) A paciente tem dificuldades de aceitar a realidade. Constrói todo um mundo que satisfaça e dê segurança a sua identidade, por mais que esta esteja abalada. No caso, sente-se muito ameaçada da possibilidade de ter que conviver, com algo que não é criado por ela. PAULO”.

Talvez Eulina tenha acertado na sua avaliação de que algum feitiço aprisionasse o profissional da psicologia a um único procedimento, a uma razão monotemática. Sua observação, simpática pelo que imagino – pois conheci a docilidade poética de Eulina –, não modifica a insensibilidade do homem também injungido, mas pela vontade de manutenção das assimetrias do poder que lhe favorecem: “29/01/91 *Paciente calma. No atendimento é trabalhado o desligamento. Esta chega a colocar que também deseja sair. Questionada sobre isto, diz não saber como! [...] PAULO*”. Eulina é migrante, transcitadina. A cidade não a acolheu senão na condição de ser humilhada e ofendida, e aí se igualar na massa que a cidade admite por viver inteiramente à margem dos seus bens e serviços.

“Eu saí de Pernambuco para vir p’ra Paraná. De Paraná, vim direto p’r’o Baguosa, Cerragem, daí eu fui p’ra Curitiba e de Curitiba vim p’ra cá. Eu tinha três filhos e esses três filhos foram internados e tive que trabalhar. De fato, eu trabalhei, eu trabalhei e foi muito. Trabalhei em casa de família. Mas eu vou te dizer, eu sofri em casa de família, sofri em casa de família, eu sofri. Eu sofria por causa dessa miserável dessa da Rita. Ela dava uns tapo ni mim e ela disse umas coisas desagradáveis de mim tudo, vinha com mal-criação. Se eu passasse um mês trabalhando eu só ganhava 20 contos e rua p’ra mim. E eu sem saber, porque eles que foram”. (Eulina)

O discurso de Eulina prova, no entanto, que noções de não-pertencimento são falsas. A cidade vive para além de seus limites integrados pelos aparelhos sociais da municipalidade. A cidade é mais do que o instituído pela cidade. Vive instituinte nas falas e esperanças, nas compreensões e nos distanciamentos, vive nos que fogem, tanto quanto vive nos que são por ela afugentados.

“Eu não falo não. Já passou, e acabou-se. Sei que ela deu muita indústria de mim. Mentira, mentira! E as patroa minha deixaram de falar por mim, falavam por ela. Ela era tudo. Mas quem não deve não teme. Já trabalhei muito nessa vida. Não davam o dinheiro p’ra mim, davam p’ra ela”. (Eulina)

Assim como falar nos protege do esquecimento, e então da repetição daquilo que nos fizeram, também não falamos sob a condição de perdermos quem somos. *“Já passou, e acabou-se”*. Eulina se resguarda o direito de falar de mágoas e ressentimentos para restabelecer um discurso de direitos negados. *“E as patroas minha deixaram de falar por mim, falavam por ela”*. Vive-se no manicômio a urgência de uma fala prática, que resolva. Associe-se isso à urgência da condição de envelhecimento, que se reconhece pelo tempo acumulado do trabalho, pela lembrança dos agravos e descuidos de toda uma vida, pelo tempo exíguo que ainda resta, e o que temos é o *“eu não falo”* de divagações, *“antes digo de práticas e ações possíveis”*. A possibilidade em sentido amplo define a razão que motiva a existência de Eulina. A história das suas lembranças é ação histórica.

“— E por que a senhora veio p’ra São Paulo? Por que não ficou em Curitiba?”.

“— Olha. Eu não posso. Eu pelejei p’ra voltar pra Paraná, p’ra voltar pra Curitiba e eu não pude voltar p’ra Curitiba de jeito nenhum e disseram que queriam eu aqui. E sei que eu ’tou aqui. E o povo é pegado comigo, não quer que eu saia, mas eu tinha a obrigação de sair, que eu tenho uma esperança e a esperança me diz: — Sai daqui, sai daqui senão eles te matam. ’Tá vendo? E eu até hoje ’tou montada aqui. Foi a esperança que falou, foi a esperança que falou. E eu não achei meio de sair, de desapegar de São Paulo, dessa convivência”. (Eulina)

A esperança escreve o concreto da história, não como sentido que aflora de fontes represadas. É, antes, a produção de uma realidade própria, um futuro possível. O manicômio é espaço de seqüestro da liberdade, e reverte a violência da reclusão em condição de tratamento, como pressuposto médico. O manicômio é prisão. A cultura da loucura: os saberes manicomiais e a resistência interna que se opõe a isso. Eulina se pronuncia por uma condição de acesso à justiça, de participação igual junto ao poder que nos constitui. Não pede a liberdade, explica o movimento pelo qual isso lhe é negado. Os sentidos da sua fala não são figurados, não faz metáforas ou alegorias. Se assim nos soa sua narrativa é em razão da própria condição manicomial, que, pelo inacreditável da brutalidade, parece antes ficção do

que realidade. Claude Lanzmann, em seu documentário *Shoah*, entrevista Simon Srebnik, polonês sobrevivente de Chelmno-sobre-o-Ner, onde 400.000 judeus foram carbonizados entre dezembro de 1941 e janeiro de 1945. Das edificações, temos apenas um conjunto de sapatas em concreto armado, ao rés do chão, no formato de compridos retângulos daquilo que teria sido o baseamento das instalações. No momento da conversa, Lanzmann e o entrevistado caminham juntos por uma agradável alameda ladeada de pinheiros verdes. O dia está nublado, venta pouco e ouvimos o canto de alguns pássaros¹⁶. Simon está com 47 anos quando, então, 34 anos depois e pela primeira vez, volta de Tel-Aviv ao local do antigo campo de concentração.

“— Difícil de reconhecer, mas era aqui. Aqui queimavam-se pessoas. Muitas Pessoas foram queimadas aqui. Sim, este é o lugar. Ninguém jamais tornava a partir. Os caminhões de gás chegavam ali... Havia dois imensos fornos... e em seguida, jogavam-se os corpos nesses fornos, e as chamas subiam até o céu.

“— Até o céu?”

“— Sim. Era terrível. Não se pode contar isso. Ninguém pode imaginar o que se passou aqui. Impossível. E ninguém pode compreender isso. E eu mesmo, hoje... Não acredito que estou aqui. Não, nisso não posso acreditar. Era sempre tão tranqüilo aqui. Sempre. Quando queimavam-se a cada dia duas mil pessoas, judeus, era igualmente tranqüilo. Ninguém gritava. Cada um fazia seu trabalho. Era silencioso. Calmo. Como agora. Simon Srebnik” (Lanzmann, 1987, p. 20).

O Hospital Psiquiátrico Pinel é calmo e silencioso, como também a avenida Raimundo Pereira de Magalhães, que lhe dá acesso.

“— E a mulher só falando, falando, falando. Você pensa que tem valor uma mulher perseguida? Eu tenho o valor de uma rapariga, eu tenho o valor de uma rapariga, nas mãos dela. Sou doída p’ra sair, sou doída p’ra sair daqui. Quando eu venho de viagem que eu paro aí nas casas de morada, ela tira eu, ela tira eu, e me domina, me domina. Eu fico avexada, com a cabeça avexada, de chegar aqui e tentar pegar no sono e ela tira minha roupa, tira o sutiã meu, tira a camisa, tira a calça, tira tudo.

¹⁶ Lanzmann, Claude. *Shoah*. DVD (512 min.)

Quando eu 'tô aí dormindo só falta essa posição quando dormindo muito, na solução. Entendeu?"

"— Entendi".

"— Pois é, é isso mesmo". (Eulina)

Assim, a fala é prática e experiência de criação, historicamente determinada, nas palavras de Merleau-Ponty (2005, p. 117), "*nervura comum do significante e do significado, aderência e reversibilidade de um a outro (...)*". Os sentidos da narrativa de Eulina são os nossos, nos pertencem tanto quanto a eles pertencemos.

"— E não deixam você sair?"

"— Deixam não, não deixam. Quando eu 'tô pelejando p'ra sair, elas não deixam a mardita, não deixam a mardita, as mardita é bicho, não deixam. É a mardita, é o Zé, tudo lá deles, e eu sozinha, quando vou? Ai! P'ra onde vou? Eu vou p'ra minha casa de morada, mas elas me tira, essa mardita me tira, e é miserável, não quer, quer que eu morra e vá p'r'o inferno e elas vá p'r'o céu, e eu indo p'r'o inferno, é a esperança que ela tem, é a esperança que ela tem é isso. Ai! Quer que eu vá p'r'o inferno p'ra ela sair e ir pro céu. Eu p'r'o inferno e elas voltar p'r'o céu, é isso que elas querem". (Eulina)

A instituição manicomial aplica a burocracia com eficácia. Do exame do que seja a *esquizofrenia*, a psiquiatria afirma-se como poder social impondo à pessoa inteira a condição de incurabilidade. O quadro dessa suposta "doença" envolve o interno numa lógica conceitual e prática de deterioração psíquica irreversível, querendo-o obscuro em suas razões e, por isso, essencialmente irracional. Por essa via, o que a medicina dos manicômios efetiva, precisamente, é a oportunidade de falar qualquer coisa a respeito dos que merecem esse rótulo diagnóstico, ao pretender os significados de suas falas *através* do suporte das suas interpretações médicas próprias. O resultado é que o poder hospitalar funciona organicamente pela violência do silêncio, quando recupera apenas as falas que a razão da ciência elege como compreensíveis da perspectiva da "doença", sempre previsível pelo conhecimento antecipado

dos seus sintomas. Como na instituição da tortura, o que se faz é suprimir a política da relação humana pela imposição de se fazer falar a fala do outro, a do algoz que exige testemunho. Atinge-se, assim, o sujeito em seu centro, na medida em que sua fala não mais lhe pertenceria, tornando-se expressão do que impõem que diga. É o próprio ser humano que corre riscos quando falar torna-se uma impossibilidade. Os internos das instituições psiquiátricas sabem disso e comentam com clareza.

“— Como é que é a vida aqui dentro?”.

“— A vida é isso mesmo, é essa mesma. Me acordo, e fico morando, como eu ’tou aqui conversando com o senhor, às vezes vem alguém se entender comigo. Às vezes elas vinha, às vezes elas vinha na hora que eu ’tava fazendo força p’ra sair, elas chegava e atrapalhava a minha vida”.

“— Fazendo força p’ra sair daqui?”.

“— Contava a elas? Contava não! Elas sabia, o passo que eu dou aqui elas já sabem. Tudo que eu faço aqui elas sabem lá”. (Eulina)

Essa patrulha ininterrupta de que fala Eulina tem, ao mesmo tempo, a força que garante à instituição uma continuidade dos seus processos e encaminhamentos – as rotinas médicas mais cotidianas e ordinárias, como a administração das medicações e das dietas – como a fraqueza de toda a sua estrutura, que se pretende sem brechas e infalível. A instituição total não suprime o homem. Essa observação, que não faz mais do que constatar uma obviedade, não desconsidera, entretanto, os prejuízos advindos do empenho desse patrulhamento que se pretende constante. Efetivamente – e disso temos testemunho pela narração não apenas de Eulina, mas de todos os entrevistados –, o clima que estabelece aí é pavoroso. E isso precisamente por sabermos que seu dínamo não é a eficácia dos princípios administrativos, mas a violência pura e simples, o totalitarismo mais arbitrário.

Julia Kluiber, interna do Hospital Psiquiátrico Pinel desde 06 de maio de 1974, expõe com clareza as extensões dessa violência para as relações que vinculam os paciente uns aos outros. Seu esforço por apresentar-se sempre responsável e ordeira, fiel da balança que ajusta

as desmedidas entre as formas de participação da instituição e dos internos junto ao poder, Julia ganhou fama de alcagüete. Esteve em Franco da Rocha, no Hospital Juquery, desde os primeiros anos da década de 50, quando tinha entre 12 e 15 anos. Natural da cidade de São Paulo nasceu em 21 de junho de 1938. A Epilepsia foi o diagnóstico que a levou à Franco da Rocha e, 21 anos depois, ao Hospital Pinel. Exame de admissão:

“É epilética – não está bem – a acompanhante informou que a paciente sai de casa sem destino, fica esmolando e em casa não se adapta mais ao regime familiar – autorizou a internação”.

“07/05/74. Entrevista com irmã da paciente.

Saiu com alta de Franco da Rocha há 2 meses. Esteve internada 21 anos sem sair, tomou os remédios regularmente, mas tornou agressiva – costume de pedir dinheiro para as pessoas na rua, pedia só para homens. Família acha que paciente está viciada com os costumes do hospital – apesar da família comprar as “coisas”, cigarro, etc. a paciente, por qualquer serviço que fazia queria pagamento.

— Paciente é doente desde os 8 meses de vida.

— Pais falecidos – mãe – + B – pai – derrame.

Paciente tem 7 irmãos – todos casados – 1 irmão está internado em Franco da Rocha desde a menoridade, s/ receber alta. A irmã e responsável da paciente foi visitá-la mais vezes e na última visita a paciente estava com alta e a irmã tirou, porque não sabia dos “defeitos da paciente” tem mania de “homens”, fala em casar”. (assistente social)

Julia sai do Hospital Juquery depois de ter aí vivido dos 15 aos 36 anos. Sua condição de mulher não pôde ser suprimida, pois continuava a perseguí-la uma “*mania de homens*” e a vontade de casar. Nem bem havia completado 30 dias com a família, nova hospitalização. Em 12 de dezembro de 1974, sete meses após sua internação no Hospital Pinel, Julia obtém uma “*alta melhorada*”. Passa quinze dias com os familiares e retorna para o segundo internamento, esse definitivo.

“28/12/74 Paciente retorna ao Hospital após 15 dias, de Alta Melhorada. Quem a traz, é sua irmã e madrastra; pessoas ansiosas, preocupadas com a presença da paciente em regime extra-Hospitalar. Relatam que a paciente tem se mostrado agressiva. (Bateu nos familiares, pois foi inadequada em via pública interpelada respondeu com agressão física). Tem tido ataques (“ameaça” de ataque epilético). Relatam que toma a medicação como prescrita. Fica bastante clara, a problemática social que impede a recuperação extra-Hospitalar, fora as alterações mentais.

Antec. familiares: Hum irmão, doente desde pequeno, em F.R., sofre ataques tipo G.M.. Outro irmão, alcoolatra. Outro “nervoso”.

Antec. pessoais: sofre de ataque tipo G.M. desde 8 anos de idade. Internada em F. R. desde 22 anos [a julgar pela informação que aparece no dia 06/05/74, o que aqui se pretende dizer é que a paciente ficou interna em Franco da Rocha aproximadamente 22 anos], sem altas no período. 1ª internação neste manicômio em 06/maio, como se trata de reinternação, outros dados devem constar. CID 2932”.

As relações dentro da instituição psiquiátrica, mediadas não pelo princípio médico, mas pelo da patrulha moral e da reforma dos comportamentos, faz desses últimos razão e medida para a avaliação da saúde. A dietética é a dos humores e da temperança, e não a da medicina, tal qual a tomamos hoje, como ação técnica orientada para a cura do corpo e das suas implicações psíquicas. Assim, talvez seja mesmo prudente não observar essa lógica e deixar-se então enredar na dissimulada trama médica que atravessa a instituição. Julia entende esse funcionamento nos mínimos detalhes, mas se complica ao considerá-lo a expressão de um cuidado. O seu histórico hospitalar remonta aos primeiros meses de vida e, desde muito cedo, seis anos de acordo com suas lembranças, teve aí seu único meio de experiência e lar. A administração compreende a dinâmica e se favorece.

“16/06/74 Esta paciente é muito cuidadosa com todas as outras, se acaso uma delas cai e se machuca ela vem até nós dizendo que a paciente está precisando de curativo”.

“26/06/74 Cuida bem de sua higiene, gosta das outras pacientes, quando vê algo de anormal vem logo nos avisar, toma conta das pacientes que foge”.

Lembro de uma conversa com Isoldina, interna do Hospital Pinel, mulher de uns 35 anos e frequentadora do serviço desde os 17 anos. Nessa ocasião, ela me fala de sua relação com Julia já das suas primeiras passagens pela instituição.

“Alcagüete como agora. Ai! Eu tenho raiva dela, só não dou umas porradas na cara dela porque sei que tem aqueles ataques. A Julia é assim, tudo o que ela vê sai correndo pra contar na direção”.

Sua notória fama como alcagüete é construída cuidadosamente pela administração, que tira daí benefícios evidentes. Julia vê apenas a oportunidade de algum relacionamento de respeito e consideração. E mesmo nisso, é traída.

“14/08/74 Paciente às vezes fica agitada porque quer fazer coisas que não é possível, pede café das funcionárias e quando recusamos fica nervosa e chega a nos ofender quase a nos agredir. Aceita bem os remédios”.

“17/10/74 Paciente agitada, não veio tomar o remédio hoje. Ela quer na hora que ela determina. Encaminhada ao médico, e foi medicada”.

“04/11/74 Paciente calma, tem vindo tomar remédio na hora”.

“13/09/88 Paciente é considerada a “xerife” do Hospital, isto é, ronda, investiga, mantém vigilância e traz todas as intercorrências”.

Negociar por cuidados e favores, por vezes, pode ser a única saída, depois dos esclarecimentos e certezas que aparecem em uma internação de 55 anos.

“— Eu fico aqui até na hora da jantar. Quando é de jantar e... eu fico aqui em cima, e quando eu... e quando eu, quando eu 'tou começando, e... e... porque eu, eu fico aqui mexendo, olhando aqui p'ra o Zé Ferreira, p'r'os pessoal é capaz de, não de pega de trepar, capaz de usar os gancho de pau, de o que tem de pau aí, tem de ferro aí, é

capaz de pulando o muro, fugindo, fugindo... Aí, pega e os pulicero da rua lá lá... eu pego e chamo, combino de chamar eles”.

“— Então a senhora fica olhando o muro p’r’o caso de alguém pular e fugir?”.

“— É, p’ra não mexer nos ferro, não tocar fogo nos pau, ó’lá, pau nos monte, ó’lá, ó’lá... porque o Zé Ferreira: — ‘Cê olha e vê nas pedra, no telhado e os pau e os gancho de cano aí e as casa assim, da casa p’r’os home’ que não vêm pulando, pulando. Se vê pulando pode avisar, chama os pulicero que ’tá na rua!”.

“— Aí a senhora chama?!”.

“— É, uma vez, quando é que foi, uma vez quando é que foi?, uma vez, quando foi? E pegar uma vez quando.... pegaram o, o, quando pegaram o que era dentro da caixa, quando era tudo papelão, quando era, quando virou fogo, fogo numa vez, onde que era?! Parece que era aqui, era aqui, era, era, parece que era aqui quando tocaram fogo uma vez, e chamaram, chamaram, o... e chamei o..., e precisei chamar o Zé Ferreira e chamei o policero Garcia, chamo Zé Ferreira, depois chamou tudo os doutor-chefe, veio tudo espiar, como é que ’tava espiando, se, se era fogo ou se era mentira.... e...e...”.

“— E quem é que tocou fogo?”.

“— É alguns homem internados... do hôme internados. Então, porque eu nunca que eu solto fogo, em papelão, não ponho fogo em nada aí, ó! Graças à Deus. Só po’... boto fogo só no cachimbo!”. (Julia Kluiber)

Julia Kluiber fuma cachimbo de fabricação própria. O seu sotaque, o tempo e a música da sua fala são irreproduzíveis até mesmo para a transcrição mais cuidadosa.

“— Onde a senhora nasceu?”.

“— Na Freguesia do Ó de São Paulo, quando meu pai e minha mãe quando era viva”.

“— E isso faz quantos anos, Dona Julia?”.

“— Ihhh... eu acho que já mais de, mais de, de cem, cento e novecentos meses já ’tou aqui já”.

“— E lá na Freguesia do Ó, a senhora tinha muitos amigos?”.

“— Tinha, tinha”. (Julia)

O tempo de reprodução da vida na cidade não nos pertence quando é precisamente o acesso democrático à cidade que nos falta. *“Ihhh... eu acho que já mais de, mais de, de cem,*

cento e novecentos meses já 'tou aqui já”, nos diz Julia. O manicômio acontece como instituição quando afirma a pretensão por um determinado tipo de formação social. É um determinado tipo de homem que a instituição psiquiátrica pretende. A supressão do tempo da cidade não tem outro propósito. Como invenção moderna, o manicômio aparece como uma cultura que não pode se dar sem que submeta uma outra, justamente a cultura como construção democrática pela participação de todos. É pela negação do pressuposto de que todos sabem, e isso também no sentido do saber que se sabe, que se pode afirmar a sabedoria como planejamento da vida dos outros.

Os pacientes psiquiátricos, aos olhos do saber médico, são os que vivem no campo obscuro, irracional e ilógico, portanto, imprevisível, do inconsciente. O inconsciente surge como o torniquete na sala de tortura, como aquilo que fará falar a fala do outro. A história parece ser submetida a trilhas na instituição psiquiátrica. A realidade totalitária dessa violência não impede, entretanto, que outras trilhas sejam abertas pela resistência – irrepresável pela violência positivista. A ciência não controla e não elimina essas trilhas, a modernidade tem dificuldade de compreendê-las.

O compromisso social e político com a tarefa de análise das narrações aqui arroladas deve incorporar outros sentidos ao lugar social e político da própria tarefa de análise de narrativas orais. As histórias de vida dessas pessoas não têm fim. Contudo, a afirmação do infinito e vastidão desse mundo de potencialidades (que, pela memória e cultura de significações que traz e produz – reconstitui, empresta sentidos e mesmo ratifica o presente do mundo) é possível, apenas, pelo olhar político sobre as dimensões de exclusão social e negação de direitos que essas realidades e vivências passadas igualmente evidenciam. Ao darem visibilidade para suas denúncias, esperanças, alegrias, sonhos, crenças, tristezas, medos e histórias de enfrentamentos, validação de costumes e modos de viver o presente, é também a potência de sua condição de sujeitos históricos que se faz visível. Aqui, histórias de velhos e

velhas falam também do futuro, da mudança social histórica sempre em curso. Às memórias dos saberes e infortúnios acumulados na vida inteira, somam, ainda, a autonomia da compreensão própria das presentes experiências de maus-tratos e violências, bem como sonhos e esperanças. O passado é presente. O envelhecimento é a vida inteira. Contudo, é a vida inteira que necessidades e cuidados específicos devem ser observados e respeitados. A afirmação de que as histórias de vida dessas pessoas não têm fim ganha sentido de denúncia, quando ouvimos o entendimento que têm das arbitrariedades e desrespeitos a que lhes submetem as instituições em que vivem, as quais parecem pretender pôr termo a sua potência histórica agora que o fim do corpo histórico se aproxima.

Porque na minha casa eu 'tou como eu quero, num hospital assim eu sou do dono desse hospital.

“— Onde a senhora nasceu?”
“— Eu nasci no céu, eu nasci no céu e do céu fui retirada... p’ra Pernambuco... e de Pernambuco 'tou por aqui”. (Eulina Maria da Costa)

“(…) Do objeto-sim resplandecente descerá o índio
E as coisas que eu sei que ele dirá, fará
Não sei dizer assim de um modo explícito
Virá impávido que nem Muhammad Ali
Virá que eu vi, apaixonadamente como Peri
Virá que eu vi, tranqüilo e infalível como Bruce Lee
Virá que eu vi, o axé do afoxé Filhos de Gandhi
Virá”. (Caetano Veloso; um índio)

A lembrança, produto do esquecimento e da criação, invenção de sentidos na história, é também experiência atual. O lembrar é histórico, não por aquilo que poderia especificar como recuo no passado, mas, antes, por ser invenção do futuro, como aquilo que é também agora. O contar histórias é vivo como esperança humana, porque nos reinventa na hipótese do possível diferente.

Nas memórias dos narradores que colaboraram com esta pesquisa, há qualquer esperança que se identifica como sentido do encontro, o prazer de ser possível a reunião, ou, antes, a esperança que do diálogo surjam outros tantos possíveis. Por isso, o humano é histórico, e também histórica, a esperança. A beleza dessas falas alcança uma dimensão artística que lembra as obras realizadas pelos pintores e pintoras do Museu da Imagem do Inconsciente criado por Nise da Silveira, na cidade do Rio de Janeiro. As composições poéticas dessas narrativas, num trabalho de criação com a palavra, renovam e incorporam sentidos ao campo da razão.

Rejeitamos a pesquisa do que somos e daquilo que nos compõe. Isso seria restringir o entendimento a mecanicismos no campo da pré-visão. Não cabe legitimar o problema de saber o que deveríamos ser. Somos o que somos, e pensar isso sem deslocar-se para essências super ou infra-estruturais já é muito. Vale desvencilhar-se das amarras do interior e sobrepujar o exterior naquilo que tem de “coisa”, pois é do novo que a cada momento nos refazemos. Por isso a preocupação de entender o fazer-se de nós, os caminhos e as caminhadas, a reversão de um a outro. Não há predicado que antecipe o sujeito. No dizer de Guimarães Rosa, o diabo dança na rua, no meio do redemoinho (Guimarães Rosa, 1986).

O mundo não é paisagem, mas passagem. Assim, o que buscamos nos manicômios são passagens. O olhar está no centro da pintura. Por isso, a atenção para o encontro e o diálogo. E nessa experiência, buscar compreender amores, paixões, medos, receios, mas também traições, delações, violências. Os manicômios são estruturas totais como controle dos comportamentos e pretensão de saber científico, e são também vazados de passagens pela experiência dos internos. Dessas passagens, temos resistências e mobilidade frente às contradições.

Não há estrutura anterior ao sujeito, mesmo as de força, saber ou poder. O fazer-se dos homens e mulheres dá a si as estruturas que os põem.

Sophia Correa da Silva, mulher de 81 anos, “*alta; branca; católica; doméstica; solteira*”, recebe o diagnóstico de “*senilidade*” e é assim admitida como “*cliente*” do Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II, em 17 de dezembro de 1973. Seu falecimento ficou registrado com a data de 13 de março de 1978. De uma entrevista com a “*responsável*”, “*dias antes da internação*” pelo que consta em prontuário, temos o “*motivo*” que convém à entrada de Sophia, nesses que foram seus quatro últimos anos de vida.

“Motivo (13/12/73)... devido a necessidade de cuidados especiais coerentes com a idade, responsável solicitou internação neste departamento. Vida atual: informa a entrevistada que a cliente locomove-se com dificuldade talvez devido a problema na

coluna vertebral; relata também que tem temperamento difícil, sabe da internação, mas pensa ser por curto espaço de tempo”.

“21.12.73 A paciente está bem, é bastante lúcida. A entrevista foi boa, falou bastante, mas gostaria de fazer algum serviço, como lavar alguma roupa pessoal. A paciente aceitou não lavar as roupas, pois, é muito difícil conseguir tudo. Insistiu comigo para voltar sempre para conversar com ela”.

“18/06/74 A cliente está bem, mas não gosta muito daqui, embora tudo esteja bom e seja bem tratada aqui. D. Sofia está com problemas nas pernas e quase não pode andar, é pessoa bastante lúcida e por isso não gosta daqui. Sempre nos pergunta se a “reforma da casa” já está pronta, para ir embora. Conversamos bastante com ela e ficou mais animada”.

Na ocasião da internação, ficou anotado em suas folhas que *“mais duas irmãs da cliente”* foram também internadas nesse mesmo momento. Não tínhamos seus nomes, não encontramos seus registros. Igualmente, desconhecemos a natureza da relação que vinculava Sophia Correa a sua suposta responsável, e nem mesmo sabemos se eventualmente essa pessoa morava com ela e suas irmãs, ainda que disso haja forte probabilidade. Temos a observar, no entanto, que Sophia é submetida a um argumento inverídico como forma de persuadi-la ao internamento que compreenderia um *“curto espaço de tempo”*, pois que a isso se resumiria o período de uma *“reforma da casa”*. A promessa de comodidade como declaração de respeito ao seu bem-estar garante a internação e, com ela, seus últimos quatro anos de vida. Os registros não dissimulam seu descontentamento, pois que o recuperam pelas tenazes dos *“sintomas”* da senilidade, ainda que deles também tenhamos que Sophia *“é pessoa bastante lúcida e por isso não gosta daqui”*. Não há incoerência alguma nisso. Sabemos que a instituição da velhice asilada, quando lhe convém, e esse é também o caso de parte daquelas que se inserem no rol das particulares custeadas a altos preços (Sophia, ao que tudo indica, foi admitida como pensionista pelo Hospital D. Pedro II), reserva-se o direito de

desautorizar a pessoa nos seus desejos de autonomia. O diagnóstico de senilidade vem sempre a calhar, pode sempre ser útil, e não importa que seja contraditado pelas mesmas folhas que o afirmam. A eventual incoerência que poderíamos supor disso é lacuna ideológica que confere às instituições de longa permanência estatuto para custodiar as liberdades daqueles cujas vidas, exauridas de energia psíquica, pelo que advoga a psicanálise, ou de “projeção”, segundo a junguiana, já não teriam mais razões para desejar. A senilidade parece caber de pleno direito para o idoso, como a esquizofrenia está para o homem de todas as idades.

“07.03.75 A cliente está muito agitada e começou perturbar o pavilhão (quer telefonar para as amigas todos os dias). Está sempre aborrecida porque todos “a contrariam”. O médico foi avisado, pois, a cliente necessita de repouso”.

Poucos são os serviços de atenção à saúde psíquica, públicos ou privados, de hoje ou de ontem, que não tragam a marca institucional de dispositivos reguladores dos temperamentos. E para a velhice submetida a essa situação, a calma parece sempre bastante apropriada. Nesta pesquisa, falamos de velhas e velhos recuperados pela dupla pinça da “senilidade esquizofrênica”.

“— Em qual cidade?”.

“— Garanhuns”.

“— E tem família lá?”.

“— Tem não, eu não tenho família. Tinha meu pai e minha mãe, mas já morreram. Quando eu era pequena eu morava no Artim, na cidade mesmo eu não morei, eu morei no sítio, e do sítio eu ’tou por aqui”.

“— E você passou sua infância no sítio?”.

“— Passei, passei”.

“— E como é que era?”.

“— Ave Maria, nem sei contar, eu não sei contar”.

“— Brincava muito?”.

“— Brincava. Estourada. Bateram em mim, com uma vara de alecrim, com soco, bateram em mim, eu era novinha, pequenininha”.

“— Quem bateu?”.

“— A miserável da Rita. Eu não digo nada, podem falar de tudo que não me importa, eu não saio da minha cota, deixe que alguém fale”. (Eulina)

Sempre a mesma história? Sempre imigrantes e sempre o campo e sempre a violência e sempre a miséria? Essa é a imagem a que nos reduzem, como planejados. A prática e a experiência reais viram resultado, efeito, havendo sempre, antes de nós mesmos, um princípio que nos imagina. E talvez “a miséria”, como propaganda ideológica do “salvador”, seja desses, o mais eficaz, o melhor modo de afirmar a contingência como a força superior que nos rege. E assim, vazamos para a vida, provindos das reservas universais do signo. Ao que nos indicam, não o criamos ou o inventamos de nossa realidade, antes o tomamos de empréstimo ou por herança. Ficamos herdeiros de um destino imperioso. Tudo explicável, viramos resumo, texto de apresentação.

“— Você pensava que um dia você ia ficar velha?”.

“— Eu pensava”.

“— E o que você pesava?”.

“— Dizem que hoje ainda não, mas daqui uns tempos eu fico velha. Eu fiquei velha aqui, quase morri, mas na idade eu sou menina nova, na idade sou menina nova. Foi essas mulher, aquelas miserável que ’tá aí, aquela miserável... a irmã, Beatriz, nenê, e Zé, Matilde, todos fizeram o diabo com a minha pele, rapaz. Fizeram o diabo com a minha pele... desnoitada. Porque eu trabalho lá fora, sabe?, eu trabalho lá fora e quando chego aqui na solução, eu me deito na cama e elas vêm e tiram a minha roupa e veste essa roupa aqui, roupa do hospital. Eu não posso vestir roupa minha que elas não querem, eu não posso vestir minhas roupas de missionária, de bispa, de Deus, de Santa Rainha, tudo isso eu sou. De senadora, tudo isso eu tenho, mas chega aqui elas resgata. Viu como eu não ’tou velha, foi elas que me botaram, foi elas”.

“— Na idade você tem quantos anos?”.

“— Não sei, não sei”.

“— Você falou que te botaram velha, como é estar velha?”.

“— Como é que é?! Queimar azeite doce, dar defumador de azeite doce na parte da gente, ’tá vendo? No corpo, defumava eu no azeite doce, p’ra ficar velha, passava coisa em mim, passava, que meu Deus. Não foi por gosto de mim que eu ’tou velha,

foi por gosto delas. E essa velhice não se acaba não, se acaba?! Se acaba não! A velhice não! Como é que se acaba a velhice?! Não acaba! Só se for um milagre de Deus, que nada p'ra Deus é custoso, nada p'ra Deus é custoso. Quando a gente pensa numa coisa, às vezes não é aquilo que 'tá pensando, é outra coisa. Toda estropiada. Você acha bonita uma pessoa velha?"

"— Quem envelhece é por que 'tá vivo. E é bonito 'tá vivo?"

"— Claro que é".

"— E é bonito 'tá vivo aqui dentro?"

"— É. É as coisas do passado, é isso que você quer saber?". (Eulina)

"Ave Maria, nem sei contar, eu não sei contar", continua Eulina. O manicômio lida com a velhice como doença, senilidade, loucura, ausência de direitos. E nisso é a anti-narração da história, porque o status de louco-senil retira o tempo de dentro dos sentidos da construção e da reconstrução da vida, pelo que suprime o movimento da lembrança do campo da realidade, do mundo da cultura. O imaginário perde sua dimensão histórica e política. Assim, o manicômio é guardião da ideologia do inconsciente obscuro – potente de mistérios, de falas que sobrevivem, do que não é das pessoas e para as pessoas, do que tem nas pessoas um palco de estréia. Guardiã da ideologia da competência médica, que pode tudo falar sobre os outros, pois que se lança, por desmedidas, nessa relação de poder, sobre todos, buscando ocupar seu lugar. Parte-se do princípio de que não *há* o outro. Contudo, esse percurso totalizante, que no manicômio vai do aquém-homem ao além-homem, portanto, processo sem a intermediação da história, não deixa nem por isso de ser histórico. E se tudo é história, somos todos sujeitos, pois que se o indivíduo está na história, é também história. A história nunca está fora de lugar. O esforço das desigualdades econômicas e a fragilidade da justiça social não dão conta de alterar isso, pois que isso é condição sem a qual não *há*. Os narradores têm percepções diferentes quanto à condição do próprio envelhecimento. Por vezes, o associam à situação do acúmulo dos anos e de uma degradação física e psíquica que lhe seria conseqüente, por vezes apontam que da condição de estarem velhos lhe acometem

sofrimentos causados por outros. Por vezes, ainda, percebem que o envelhecimento requer cuidados e atenção prioritária para as políticas públicas, na forma de condições adequadas de tratamento e rendimentos próprios que assegurem sua qualidade de vida e saúde. Contudo, não ouvi de nenhum narrador que o cotidiano de violências e descasos lhes coubesse naturalmente. De todos, ouvi o testemunho de uma velhice castigada, do sentimento da injustiça social e econômica e da desigualdade de direitos.

As palavras de Eulina são depoimento para a história. Não trazem significados como quem faz representar num palco o texto antigo de uma tragédia. Como naquele tempo, também o seu tempo é o da construção do presente. Os sentidos da sua fala se explicam na relação da conversa e pelos sentidos da realidade em que vive. É comigo que fala sobre o manicômio, e não para mim, ou como efeito neutro de causalidades postas além. O nosso diálogo é histórico não porque aí se comenta a experiência da vida, mas porque é prática de sentidos e sentimentos no mesmo movimento em que os produz. O diálogo é imaginação como construção política. O diálogo é produção histórica de sentidos comuns entre homens incomuns; é presente, passado e futuro. Se o entrevistador se retira dessa narrativa, colocando-se como receptor neutro da realidade positiva da vida, afirma o mundo como obra *res extensa*, o anterior e exterior de nós mesmos, e, então, a desvinculação de nós mesmos dos atos de nossos fazeres e saberes. Assim, funda um suposto mundo interno e que nos antecipa, tudo aquilo que supostamente nos cogita. Pela entrevista com Eulina, sabemos que os “fantasmas” do psiquismo não são entidades puras, partes extra partes, mas sentidos em relação, num processo de construção que não exclui a representação e o imaginário como o que está além ou aquém de onde estamos, mas antes lhes confere razão histórica. Os “fantasmas” não são “imaterialidades” sem mediação, são produções do universo da imaginação, são atos da cultura material, são práticas culturais. São tão “imateriais” quanto as lembranças, os medos, os sonhos, uma oração, tão “imateriais” quanto um ex-voto, uma carta

de amor, o presente, o passado e o futuro. *“Eu não digo nada, podem falar de tudo que não me importa, eu não saio da minha cota, deixe que alguém fale”*. Teríamos aí o reconhecimento por Eulina de uma incapacidade ou medo inconsciente do que teria a dizer, um medo dos conteúdos de sua lembrança ou, antes, um temor de que sua fala passe pelo crivo da verdade médica, sem que seja registrado na história o testemunho real de sua experiência própria? O fazer de sua memória é saber de que sua infância é *sua*, assim como todos sabemos ou experimentamos quanto aos nossos sentimentos. Não por condição de serem mais intensos ou melhores do que os dos outros, mas antes porque nessa sensação nos presentificamos e, assim, traçamos nosso futuro como possibilidade de criação histórica, pois conquistado o hoje que somos, é também o passado que conquistamos. Definimo-nos assim como passado, presente e futuro em simultaneidade e reciprocidade. Não há “sempre a mesma história”, sempre a mesma condição de oprimidos e opressores, porque a história se define também como possibilidade de futuro, e não apenas recuo no passado. Por isso, não será nunca demais contarmos outras histórias de opressão. Na condição de podermos contar, se resgata um espaço político de segurança. O outro que silencia nossa fala gera o medo – palavras resgatadas por sentidos que não aqueles postos pelo relato da prática pela qual tomamos nossas vidas nas próprias mãos. O medo de Eulina implica uma estratégia, sondagem das condições reais para saber da necessidade de recuar ou da oportunidade de ir em frente, caminhar junto – sentido maior da criação do Ser. Eu e Eulina conversamos e nos demos a conhecer reciprocamente.

“— Você já teve muito amigo?”

“— Na solução eu tenho muito conhecimento, agora nessa posição não tenho nenhum não, aqui na cidade não tenho muito. Fora daqui eu tenho, em Caruaru. Nesses países que eu governo eu tenho muito conhecimento, conheço o presidente, conheço muita gente nos países que eu governo”.

“— E é bom ter amigo, não é?”

“— É bom. É bom ter amigo. Não é tão bom nós se conhecendo agora?! Não é tão bom?! Nós não se conhece?! Eu 'tou me conhecendo, eu me conheço e se nós se encontrar eu conheço você e você conhece eu. É os colegas. Eu falo “colegas”, não falo “amigos”. “Amigo” é um homem bem de vida, não é? “Amigo” pode ser um homem bem de vida que se fala, amigo com um outro eles falam, é um homem bem de vida e outro bem de vida. É bom conhecer um monte de gente”. (Eulina)

A Feira de Caruaru tem papel relevante em suas lembranças. Lugar conhecido, de muitos prazeres e encontros, de amizade. “Tem muita coisa na Feira de Caruaru, eu vou à feira só p’ra comprar jaca. Eu saio daqui, chego e bato lá, eu compro o que eu quero, vou com dinheiro”. Eulina aí é sempre bem recebida, tem amigos que a hospedam. “Eu fico na casa do povo, proseando e passando hora, se entretendo, sabe?, se entretendo. É, a Feira de Caruaru é cem por cento, menino”. Sua lembrança vira ato de cantoria.

Na Feira de Caruaru / faz gosto a gente ver / De tudo que há no mundo / nela tem para se vender // Tem massa de mandioca, castanha assada, tem noz, cuscuz / tem as balinhas [déia ?], para os meninos matar o lundu / tem louça, tem [fervo ?] velho, tomate [gueio ?], couve e chuchu / as moças [?] que nem mexe que nem [?] algum / sorvete, caldo de cana, fruta de palma, mandacaru / bonecas de vitamina, conhecidas elas inté no sul / de tudo que há no mundo tem na Feira de Caruaru. “[Comenta] — Essa de Caruaru eu aprendi, eu não sei como foi, porque só vejo essa música de mim, só eu que canto essa música, o povo aí não canta, não. Mas muita gente aí canta música. Eu comecei a fazer música nessa posição, mas a solução tomou p’ra ela, eu tenho muita música, o povo canta danadamente, canta e é muito”. (Eulina)

Num ritmo envolvente, “um samba bem tocado”, nas suas palavras, a música vira oportunidade de um encontro agradável. Eulina me segredou que seu nome verdadeiro – que poderia até mesmo ser um nome artístico que gostasse para si – era Rosa Maria Estrela, mas que ali ninguém respeitava isso.

“Tem mais que eu sabia, é bonita, não é bonita, mas não sei o resto não. Eu ganho com ela ainda assim mesmo, sem faltar o resto. Mas não parece que disse essa aí

direito (risos), eu parece que disse ela (risos), eu disse ela num descuido, disse tudo, não tem mais não (risos). Boneca de vitamina é mulher da vida, mulher que gosta de pegar homem”. [Canta] Na Feira de Caruaru / faz gosto a gente ver / De tudo que há no mundo / nela tem para se vender // Tem massa de mandioca, castanha assada, tem noz, cuscuz / tem as abelhadera para os meninos caçar o lombú / tem calça de alvorado para os matuto não andar nu / bombilha do tamburete feita do tronco do monundú / sorvete, caldo de cana, fruta de palma, mandacaru / bonecas de vitamina, conhecidas elas inté no sul / de tudo que há no mundo tem na Feira de Caruaru. “[Comenta] — Tem outras frases por dentro, mas eu não sei não, fala em pirão, cozido, é uma ferazera danada, eu não sei mais não, é uma feira que vou te contar, eu vou na feira só comprar jaca p’ra comer. Esses dias eu fui lá, comprei uma jaca e comi. Eu saio daqui e vou bater lá, compro o que eu quero, vou com dinheiro”.
(Eulina)

Essas memórias, recuperadas dentro do manicômio, são um movimento de vida, fazem diálogo. É a lembrança da juventude em Caruaru, de um tempo bom. Eulina é cantora e canta, seu presente aprende e ensina saberes, comporta o sentido do imperativo humano sobre a cultura, envolve a vida de uma esperança política (pois declara o infinito e complexo das potencialidades humanas, o processo de diálogo entre sentidos sociais do presente, do passado e do futuro, o campo dos possíveis).

“— *Você é feliz, ou é triste?*”.

“— *Eu sou feliz, graças à Deus. Uma hora de sofrimento, mais duas, três, de alegria. Quer dizer, uma alegria... acordava, acordava seis dias por semana, aqui nesse Pinel, cantando, tocando música, eu sou cantora*”. (Eulina)

A alegria é também poder cantar. As músicas expressam um campo de contradições presentes. “*Uma hora de sofrimento, mais duas, três, de alegria*”. A lembrança de Eulina é experiência revalorizada. E isso, dentro do manicômio, alcança o forte sentido da afirmação da prática histórica dos seus fazeres e saberes sociais.

“— *Você costuma cantar aqui dentro?*”.

“— *Aqui dentro, lá em Curitiba*”.

“— *Canta uma música?*”.

“— *Agora 'cê me apertou*”.

[*Companheira de quarto*] “— *Canta Eulina!*”.

“— *Eu não tenho vergonha, quem tem vergonha morre de fome*”. (Eulina)

Eulina canta uma música sobre o nascimento da cidade de Caruaru, o progresso, os que choram de saudade da cidade e seu “*coroné cabro da peste*”.

Quem não conheceu meu nordeste / certamente hei de saber / que Caruaru é enorme / e cem anos vem nascer // Da fazenda Caruaru, / povoado se tornou, / foi crescendo e foi crescendo, / a vila logo chegou // João Vieira de Melo / coroné cabro da peste / da vila passou à cidade / e hoje é capital do agreste // O progresso foi tão grande / todos, todos reuniu / fez a escola e fez abrigo / fez as fitas infantil // As igrejas são tão lindas / habitam mais de cem mil / pedacinho do Pernambuco / orgulho do meu Brasil // Ô cidade encantadora / terra do major Dandinho / n'ê com pouco João Guilherme / ó' saudoso Vergalinho // Os caboclos estão cantando / numa terra como só / quem 'tá perto está chorando / longe de Caruaru // Caruaru centenária / Caruaril, és bonita / és lindalva, Caruaru // Os caboclos estão cantando / numa terra como só / quem 'tá perto está chorando / longe de Caruaru / Caruaru, Caruaru / Caruaru, Caruaru.

“— *Puxa vida, que música bonita. E você lembra da música inteirinha*”.

“— *Às vezes não lembra, não. Tem vez que até vem, depois leva, não sei p'ra onde é que vai*”. (Eulina)

Cantora de profissão, tirou daí seu sustento de muitos anos. Sua lembrança traz a satisfação de um trabalho valoroso, que valia pelo apreço que merecia dos outros, e com isso o respeito de ser valorizada. Lembra de uma ocasião em que participou de um concurso em Araucária, quando recebeu o primeiro prêmio – uma soma em dinheiro –, das mãos do prefeito. Recorda que, nessa ocasião, ainda teve outras quantias ofertadas pelos próprios moradores da cidade.

“— *Eu não preciso cobrar, que eu já ganhei*”.

“— *Quem te ensinou a cantar?*”.

“— Ninguém. Aprendi sozinha. Porque música dá dinheiro”.

“— Já deu p’ra você?”.

“— Já, e muito. Cada vez que eu cantava saía com um dinheirinho p’ra mim. Eu fiz uma cantoria lá em Auruacária, menino, eu me enchi do dinheiro. Botava dinheiro dentro da bolsa, da bolsa, ia recebendo e ia botando. Eu disse: — Eu ganhei dinheiro e muito, prefeito, não precisa você me pagar. [Comenta] Agora eu não ganho. Eu não canto rapaz, quando eu canto assim eu não ganho. Eu ganho que meu cumpadre me dá dinheiro. Eu digo a ele: — Não me dê dinheiro de uma música, me dê dinheiro de dez, doze músicas, me dê de uma dúzia. [Comenta] Eu mando ele me dar o dinheiro que vê que não faz falta p’ra ele, porque eu tenho vontade de receber o meu dinheiro, eu tenho vontade de receber o meu dinheiro. E eu tenho dinheiro, eu tenho dinheiro, meu Deus”. (Eulina)

Canta uma outra canção, declaração de amor. Eulina canta vibrante, a ponto de todos a escutarem na Unidade do Convívio do Hospital Psiquiátrico Pinel. Seu sotaque pernambucano marca os versos de maneira tocante, experiência impossível de se passar em texto.

*Viver de estudante / se eu pudesse um dia / Beijar as faces do teu rosto encantador /
Todas as noites eu sonho contigo / queria ser teu grande amor / O teu jeitinho me
deixa maluco / não sei por que eu te amo tanto assim / tu és toda a minha vida / eu
sou p’ra ti querido / eu a quero para mim / Eu queria casar-me contigo / eu queria os
teus lábios beijar / Eu queria ser teu para sempre / eu nasci para te amar.* (Eulina)

A vida interdita ao nível do imponderável traz também a lembrança de desafetos pessoais, e a cantoria, que deixa de ser profissão e prática de autonomia e liberdade pelos próprios meios, poderia bem parecer maldição por feitiço. Também o manicômio é um lugar fantástico, e a cultura dos simbolismos parece explicar adequadamente suas contradições, que continuamente avançam sentidos no que seja possível no campo dos fatos reais da desumanidade. A forte dor no peito, o contrário da alegria e prática de cantar, merece a ênfase da explicação fantástica – sentido histórico para esse contra-desejo da vida.

“— *Eu gosto de cantar, rapaz. Eu sempre cantei, eu, foi uma infeliz, uma tal de, como era o nome da infeliz?!, Tereza Bertolo, uma infeliz que botou um feitiço dentro de mim, aqui [aponta para o peito], fez um feitiço, eu 'tava cantando e ela fez um feitiço e botou dentro do meu tornozelo, e vi que ela estava se danando, e eu 'tava cantando e me deu vontade de cantar, eu peguei e disse: canto e mando bala nessa infeliz. Não sei se foi o feitiço que atrapalhou, que eu não tenho mais essas vontade de cantar, ou não*”.

“— *E você gostava muito?!*”.

“— *Gostava, fazia isso os seis dias da semana, e até o domingo eu cantava*”.

“— *Cantava onde?*”.

“— *Cantava aqui mesmo. Lá na cidade eu não cantava. Tinha rádio tocando! p'ra que cantar?!*”.

“— *A senhora cantou no rádio?*”.

“— *Já, nós tudo 'tamo' no dever, nós tudo 'tamo' no dever. Eu gosto de cantar alegre, eu gosto rapaz, por Deus como eu gosto de cantar*”.

“— *Então canta outra*”.

“— *Vou ver se eu acho. Menino, eu pejejo e não vem ainda uma música. Tem que puxar da memória, a memória não quer dar*”.

“— *Lembrou de mais uma aí?*”.

“— *Não, o senhor se lembra?*”.

“— *Sou ruim de cantoria. Eu não sei cantar*”.

“— *Não?! Nunca experimentou?*”.

“— *Mas cantar não é fácil, heim?!*”.

“— *É não, se não souber, perde. Precisa ter sintoma mesmo de cantoria*”.

“— *Canta uma que você cantava p'r'os seus namorados*”.

“— *Eu não tinha namorado, eu fui uma probrezinha, fui uma pobrezinha que só Deus podia saber. Eu cantava no sítio, mas se eu morasse na cidade há muitos anos que eu era uma cantora, ganhava um bom dinheiro. Quando eu vim p'ra Paraná, eu era mocó [uma pessoa desprezada, explica], claro que eu era mocó, mas cantava. Não era que nem essas moças da cidade, sacudidas, era do sítio mesmo, de cantoria mesmo, de coração mesmo*”. (Eulina)

A mulher, injungida à condição de paciente e marcada pela mácula da nosografia psiquiátrica, encontra a definição perfeita para o prazer de poder e saber cantar, seu “*sintoma de cantoria*”. E o canto vira dança, vira carimbó. “*Eu pego meu helicóptero p’ra baixar lá, eu gosto de Caruaru, Recife, é bom!*”.

Carimbó, carimbó / ela não estava só / esbarrei meu peito nela / descobri um carimbó // Carimbó, carimbó, / ela não estava só / esbarrei meu peito nela / descobri um carimbó // Bate p’ra cima / bate p’ra baixo / bate p’ra cima / como é que é? / Só falta bater as mãos / batendo também os pés / Só falta bater as mãos / batendo também os pés.

“*[Comenta] — Eu acho ela bonita*”.

“*— E você canta ela bonito*”.

“*— Não sei se eu canto bonito, isso eu nem importo, de fazer cara feia nem nada, ’tou cantando. O que importa é cantar, eu acho que cantar é bom*”. (Eulina)

A lembrança, construída e compartilhada, é dimensão social e política. Lembrar por lembrar não faz sentido. E esse sentido não precisa de comentários ou esclarecimentos prévios. O pensamento e a ação, nesse sentido, são uma só coisa, experiência e explicação construídas reciprocamente.

“*— E como é que é lembrar?*”.

“*— Lembrar eu não sei mais não*”.

“*— E você pensou que algum dia pudesse ficar velha aqui dentro?*”.

“*— Não, aqui não pensei, nem pensei aqui, nem pensei em lugar nenhum. Não no hospital primeiro, no segundo, nem nesse. Eu venho nesse por intermédio do diabo, venho nesse por intermédio do diabo, venho nesse hospital por intermédio do diabo*”.

“*— Se você pudesse escolher, você gostaria de estar velha em que lugar?*”.

“*— Na minha casa, na minha casa. Porque na minha casa eu ’tou como eu quero, num hospital assim eu sou do dono desse hospital, eu e todo mundo que ’tá aqui. Tem outros rapazes também aqui, é muita gente aqui, tem muita gente. Mas eu vou te ser franca, eu não quero mandar nesse hospital, não quero mandar, mas eu mando. Da solução eu sou tudo, meu filho*”. (Eulina)

A lembrança do tempo da vida não planejada, solta aos bons e maus imprevistos, aparece farta na conversa com Eulina. A necessidade de moradia, um lugar para envelhecer, vem como urgência de reparação de injustiças. Continuar internada é sofrer continuamente os mandos e desmandos da instituição, é viver uma vida vivida por outros. *“Porque na minha casa eu ’tou como eu quero, num hospital assim, eu sou do dono desse hospital”*. Ivone Orsini, a sua maneira, nos comunicou um sentimento igualmente angustioso, quando falou da vontade de ir para casa e levar consigo os gatos da sua unidade de internação. *“Não, vamos p’ra nossa casa, porque na nossa casa eles podem fazer o que quiser, não é mesmo?! Eles tomam água, eles molham o chão, eles sujaram o corredor, a gente limpa outra vez, então a gente vai vivendo bem assim”*. A ala psiquiátrica do Hospital D. Pedro II é povoada por esses animais, que, se não estão aí pela mesma motivação que tinha Nise da Silveira por esses bichos, ao menos comprovam sua tese. Ivone vê nas espontâneas e incansáveis estripulias dos gatos da unidade o ensejo para lembranças igualmente alegres, a memória da vida em família, principalmente ao lado do pai.

“— Na casa da senhora não faltava comida?”.

“— Não, graças a Deus, não. Onde ele trabalha ele pede p’r’o chefe se ele pode levar tal coisa, que ninguém quer mais, n’ê?, e o chefe deixa ele levar aqueles pedaços de carne assim, n’ê?. Todo mundo gosta do meu pai. Cachorrada vai esperar meu pai na esquina, que ele trabalha num restaurante e traz comida, n’ê?”. (Ivone)

O tempo da convivência familiar, período de boas lembranças, da sensação de amparo e cuidados, é também memória de tristezas: o falecimento da mãe, a conseqüente desestruturação da família e a posterior perda do pai. A falta de políticas públicas que pudessem dar conta da complexidade da sua situação e dificuldades na rede de apoio familiar levam Ivone ao asilamento na unidade psiquiátrica, legitimado pelo diagnóstico de *“mal de Alzheimer”*. Assim, a instituição aplica à memória, bem como a todo o ser da velhice, o filtro da doença mental, da desagregação dos sentidos físicos e psíquicos. O corpo humano,

manifestação da cultura, aquilo que temos na relação com os outros em determinado momento histórico, é recuperado como evento exclusivamente fisiológico. Passamos do corpo histórico ao corpo biológico. O “mal de Alzheimer” dedica à velhice uma atenção similar à que o diagnóstico de “esquizofrenia” dedica aos “loucos”. Sabe-se tanto da “esquizofrenia” quanto do “mal de Alzheimer”. Ambos, contudo, são merecedores de investimentos cada vez mais sólidos pela indústria farmacêutica, e de práticas de tratamentos igualmente terrificantes. O “mal de Alzheimer” atinge nas filigranas a questão da memória de velhos e velhas e, assim, a sua condição de sujeitos históricos.

“— A senhora me disse que a história da senhora é muito triste, não?”.

“— Não, não é triste. Triste um pouco, porque minha mãe morreu e eu não sabia o que fazer na minha vida quando minha mãe morreu. Meu pai ficou meio louco, meu pai ficou triste, coitado. Você olhava nele, ele ’tava sempre querendo chorar de saudades dela, essas coisas, n’ê?, ’cê sabe n’ê?! Então, foi o que aconteceu, mas depois disso foi passando, graças à Deus, tem que a gente, tem que chegar um fim, n’ê?, não tem mais jeito. Ela ficou tuberculosa, coitada, sofreu”.

“— E foi passando a tristeza dele?”.

“— Foi passando, a minha também. Agora ele ’tá alegre e contente outra vez. Ele fala: — Vou no cemitério, você não quer ir? Eu falo: — Pai, não posso, eu tenho que trabalhar. P’ra ajudar ele coitado, que ele já ’tá muito velho e ele não vai agüentar muito tempo o meu pai, sabe?! Eu fico pensando, já perdi a mãe, vou perder meu pai, sabe?! Então, eu tenho que pensar nisso, que não tem saída. Então, vou levando assim, sabe?! Mas por enquanto... meu pai é uma pérola, uma coisa p’ra mim, viu?! Porque ele é daqueles que brinca: — Olha aqui! Eu vou sair, heim! Eu não quero que você sai daqui, eu quero encontrar você aqui ’viu?! Eu falo, meu Deus do céu, que que ele viu, n’ê?! Que que ele vai comprar p’ra mim? Daí passa o tempo, passa assim, daqui a pouco abre a porta e vem ele p’ra mim, com um embrulho desse tamanho p’ra mim, com sapato, blusa. Meu pai é assim, e se tiver uma colega junto, ele dá, ’viu?! Ele pega uma blusa e dá p’ra moça: — Toma p’ra você isso! Então meninada gosta dele, todo mundo gosta do meu pai, sabe?! Eu sou filha única, ainda depois minha mãe morreu, fiquei eu e meu pai, agora sou eu e meu pai. Eu tinha doze anos, por aí. Ainda fiquei com o meu pai, graças à Deus, porque eu gostava mais do

meu pai, porque minha mãe me batia. A gente apanha da mãe, n'ê?! Mas do pai não apanha, n'ê?! Então, eu gostava mais do meu pai, corria p'r'o meu pai. E ela ficava brava, por que ela falava: — Ela não me obedece... Que não sei o que, não sei o que lá. Aí, o meu pai olhava p'ra mim, depois olhava p'ra ela... e piscava [pra menina]. Ele não 'tava bravo nada". (Ivone)

Conversamos sobre o tempo da escola. Época boa, mas que também trazia inseguranças. Ivone sempre teve receio de passar para o ano seguinte, por acreditar que não conseguiria acompanhar o conteúdo programático.

“Meu pai queria que eu fosse, eu disse: — Ah pai, não quero. Não gostava de estudar, nunca gostei, meu pai tinha que me beliscar mesmo p'ra que eu fizesse alguma coisa. Meu pai falava: — Ah, você não faz, então vou embora, não quero mais você perto de mim. Aquilo me doeu, 'viu? — Eu não sou seu pai, então, você não me obedece, n'ê? Saiu e bateu a porta. Hum, eu chorei a noite inteira, os vizinhos vieram ver o que que eu tinha. Eu tinha uns quinze anos". (Ivone)

Guarda na memória a lembrança viva de uma professora. Diz que não batia e nem botava de castigo. A coragem e presença de Ivone em sua narração são imensas. Lembra com sentidos repletos do presente daquele tempo. É a própria Ivone daquele tempo que se faz presente. Desculpa-se com extrema cordialidade e se levanta. Seu pai poderia chegar a qualquer momento e teria que estar pronta para acompanhá-lo. Caminhamos juntos até o corredor central da unidade e retomamos a conversa, sem quebras ou impasses de diagnóstico.

“— E como é que foi a infância da senhora?”.

“— Olha, eu sofri um pouco quando o meu pai morreu, n'ê? [Lembra da morte da mãe] O meu pai, coitado, trabalhava, e quando ele ia trabalhar ele não sabia como fazer p'ra trabalhar e me deixar sozinha em casa, então, depois ele arrumou uma moça p'ra tomar conta de mim, de noite n'ê?, que eu chorava, eu tinha medo de noite, sozinha sem meu pai, sem minha mãe, n'ê? O meu pai sofreu. Eles se davam bem, sabe? Às vezes eu pensava, coitada da minha mãe, ela gostava tanto do meu pai, o meu pai gostava dela, por que que tinha que ficar doente, n'ê? Porque ele era um touro, mas ela 'tava doentinha, coitada. Ela 'tava na casa duns quarenta, por aí. Mas

ele se confortou depois, n'ê? Tinha uma moça, chama Sonia, a mãe dela era amiga da minha mãe, então ela me levava p'ra casa dela, p'ra mim comer, p'ra mim jantar, sabe?, e a moça ficou como se fosse a minha irmã, agora ela acha que eu sou a irmã dela, só porque eu fiquei um tempo na casa dela. Ela vai na minha casa, ela adora o meu pai, ela chega lá, ela agarra no pescoço do meu pai.

“— Também chama o pai da senhora de pai?”.

“— Chama, porque nós fomos criadas juntas. Depois que a minha mãe morreu, a mãe dela tomou conta de mim. Depois, de manhã, eu ia com o meu pai, meu pai chorava quando me via”. (Ivone)

A perda da mãe vem acompanhada de desafios redobrados pela complementação da renda familiar com o seu próprio trabalho. Mas também desse tempo, Ivone guarda a lembrança dos amigos. E de dentro do Hospital, sua recordação das atividades de trabalho, que mereciam implicação pessoal, recobre-se do sabor de uma vida um dia ocupada com desafios, oposta à experiência hospitalar, essa seqüestrada pelo fazer nada, imposição, muitas vezes, da própria medicação.

“— A senhora falou que trabalhava p'ra ajudar o pai da senhora?”.

“— Ah, trabalhava, n'ê?, coitado. Trabalhava num lugar bacana, bacana mesmo, do Estado. Passava um papel p'ra gente: — Olha, isso você vai fazer p'ra mim, como está aqui, aí eu continuava, aí entregava p'ra eles, eles achavam que 'tava bom, que tudo bem feitinho, limpinho, papel tudo, eles gostavam de mim”.

“— Era uma repartição pública?”.

“— Era, era”.

“— E qual era?”.

“— Eu não lembro mais”.

“— Esse foi o único emprego da senhora?”.

“— Não, foi mais, é que eu não lembro”.

“— Outro dia eu queria lembrar os lugares que eu trabalhei, não conseguia, não vinha na minha cabeça”.

“— Nem com quem a senhora trabalhou a senhora lembra?”.

“— Não lembro. Às vezes eu encontro um na rua, quando eu vou trabalhar, eu vejo as colegas, aí me abraça que só vendo, sabe?: — Vocês vão me derrubar aqui na rua. — Imagina se nós vamos deixar você cair, nossa querida, querido amor”. (Ivone)

O tempo desses esforços, suavizado pelo sentido das amizades conquistadas e de uma época apropriada como sua, não vem isento do testemunho dos desrespeitos e injustiças do mundo do trabalho. Ivone lembra dos agradecimentos pelas tarefas realizadas com cuidado e presteza, lembra dos amigos e por eles é ainda hoje lembrada, mas das instituições em que esteve empregada, esquece inteiramente.

“— Como é que era a vida em São Paulo naquele tempo? Tinha mais pobreza ou menos do que hoje?”.

“— Ah, eu acho que tinha mais pobreza. Agora você sai e vê aquelas coisas bonitas, às vezes, a gente não pode comprar, mas vê aquelas coisas bonitas na rua, tudo, aquelas coisas gostosas, feitas na padaria”.

“— Mas tinha dinheiro p’ra comprar naquele tempo?”.

“— Tinha nada, faltava. Quando saía uma dessas coisas, podia ver que era caro”.

“— E naquele tempo os velhos eram bem tratados?”.

“— Também era bom, ’viu?, mas eu acho que agora é melhor”.

“— Melhor como?”.

“— Naquele tempo eu via os pais das minhas amigas procurando trabalho e tudo”.

(Ivone)

As instabilidades da vida sem a mãe, sem mais o apoio da parceira equilibrando a vida doméstica, entre outros afazeres, surgem acompanhadas de lembranças difíceis, como o sofrimento do pai.

“— Eu tive uma vida esquisita, ’viu? É bonita, n’é?, mas eu queria mais coisa, queria ver o meu pai feliz, que ele ficou sem a mulher dele. Ele morreu, n’é, mas ele morreu moço. Ficou sem graça aquele lugar, nós ficamos sem nada, sem colegas mais, ele era um colega bacana. Mas um tempo ele começou a beber. Eu tinha vergonha dele, todo mundo vendo, sabe?! Um dia alguém falou: — Você não vê aí, sua filha fica sozinha. Acho que fez efeito nele e ele nunca mais bebeu”.

“— *A senhora casou?*”.

“— *Não, namorei. Tive namorados, sim, tive, mas não sei, não me agradava, não era aquele que eu queria. Tinha um que eu gostava, gostei muito dele, a gente ia passear, ia nos lugares, tudo, mas era um molecote, eu também era molecota, era molecota também. Mas era mesmo, quando eu era criança já tinha namorado, saía com aqueles molecotes, ia no cinema*”.

“— *A senhora chegou a morar sozinha alguma vez?*”.

“— *Não, sozinha nunca morei*”. (Ivone)

O testemunho de história pessoal dividida entre o trabalho e a família também aparece na narração de Maria Russo. A atual condição de descasos e desconfortos por que passa no Hospital D. Pedro II recarrega de contradições a sua história de uma vida inteira de dedicação como funcionária de serviços gerais e limpeza na Santa Casa de Misericórdia, Irmandade mantenedora do hospital. A mesma instituição que mereceu a fadiga de toda uma vida é a que também hoje não lhe permite o descanso da velhice.

“— *Eu nasci na Mooca, meu pai chegou da Itália, com 45 anos, Nápoles, n'é?, depois, ele veio com meu tio que era ourives, marido da irmã dele, n'é?, aí, eles sempre vêm sozinhos e depois que montam tudo aí... Aí, meu pai era solteiro, e meu tio depois que arrumou tudo, aí meu pai arrumou um emprego, de fiscal da Light. A família muito boa, assim, podia lá na Itália e tudo, arrumou um emprego com 45 anos, aí depois que o meu tio tudo organizou eles voltaram para a Itália para buscar a minha tia e as duas crianças. Aí, depois, meu pai arrumou um emprego de administrador de uma vila lá na Mooca, onde conheceu minha mãe, ele já 'tava com 50 anos, minha mãe 'tava com 20 anos. Aí, eles casaram, tiveram cinco filhos, mas três morreram, assim, de meses, n'é?, fiquei eu e meu irmão*”.

“— *Por que morreram?*”.

“— *Às vezes dura seis meses, tem gente assim, às vezes dura 24 horas, sabe?! Minha mãe também era muito fraquinha, cada filho precisava tomar soro*”. (Maria Russo)

A história atribulada dos migrantes no empenho por se estabelecerem, da conquista do amor temporão e com ele os sabores e tristezas da vida em família – marcada pela morte dos irmãos –, atravessa também os tempos da cidade.

“Minha mãe casou em ’17, meu irmãozinho nasceu em ’18, o que morreu com seis meses, n’ê?, depois eu nasci em ’19, e outro menininho nasceu em ’20, morreu em 24 horas, depois teve meu irmão, e a última, a Yolanda que nasceu em ’24, na revolução, n’ê? Que até minha tia morava ali na frente, quartel, era tudo casa, n’ê?, foram jogar uma granada, a revolução foi aqui, n’ê? Foram jogar uma granada no quartel e caiu na casa de titia, principalmente na cozinha. A titia, com 5 crianças, fez a mamadeira e foi p’r’o quarto, aquelas casas compridas, e a minha priminha com 11 anos ficou na cozinha raspando a panelinha, a granada caiu lá, arreventou tudo... Não morreu na hora, mas com os estilhaços da granada...” (Maria Russo)

Nessa época, Maria estava com cinco anos e morava com os pais. A lembrança atual se mistura à versão dada a esses fatos ao tempo do convívio em família. No entanto, traz viva a memória de um armazém que tinha a função de servir como esconderijo para os resistentes, isso do período em que se mudaram para o Brás. *“Todo mundo escondido”*.

“— Depois, não lembro o que aconteceu, meu pai arrumou um emprego de fiscal da prefeitura, ficou até morrer, morreu com 73 anos. Minha mãe morreu... acho que ela morreu com uns quarenta anos. Minha mãe morreu em ’34, meu pai morreu em ’35. Depois, eu e meu irmão fomos para a casa da minha tia. Morei lá até os 35 anos. Aí, saí da casa da minha tia e fui p’ra casa dos meus primos. Ele, italiano, era gerente da Singer. Aí ele foi transferido p’ra Santos e eu fiquei até os 35 anos com eles. Lá em Santos, morei lá 11 anos, duas quadras da praia”.

“— E a senhora estudava nesse período?”

“— Não, não estudei porque a gente... Olha, nem sei. Mas aprendi tudo sozinha, o senhor sabe n’ê?!”

“— Mas colégio nunca frequentou?”

“— Não, infelizmente não. Meu irmão estudou, ele foi corretor de imóveis, se aposentou. Mora em Foz. E eu ficava lá ajudando, tinha empregada n’ê?, mas

ajudava minha prima. Minha prima era muito asmática, então, [eu] gostava de arrumar a casa”.

“— Trabalhava bastante em casa?”.

“— Não, assim, ajudava bastante, n’ê?, que alemão [a mulher do primo] não deixa uma moça assim ficar sentada na cadeira, não, é muito enérgica, sabe?! Ia tomar um banho de mar, duas quadras da praia, aqueles maiôs tudo assim, saiotinho, bem cedinho com eles, o casal, n’ê? Os filhos todos os domingos iam p’ra Santos, tudo casado, com os netos. A casa ’tava sempre cheia de gente. Mas, o senhor sabe, foi uma vida boa, graças à Deus. Depois, cismeí com o hospital. Eu não conhecia o hospital, vinha visitar com a minha prima, parentes, conhecidas, e me encantei com o hospital. Aí, eu vim. Olha, só tinha a certidão de nascimento. Eu falei p’ra elas, minha prima e madrinha: — Olha, eu vou sair. Que tinha idade também, parece que foi Deus, n’ê? Lá tinha tudo, mas não tinha aposentadoria, eu era da família, era que nem uma filha ali. A única coisa que eu não tinha era liberdade. (Maria Russo)

Maria sublinha a atenção e o carinho que teve da parte dos primos e a sua retribuição em trabalhos domésticos. Não aparece na sua narrativa qualquer marca de descuidos ou abusos nessa relação. Pelo que diz, apenas cumpria a função para se sentir útil e mesmo para legitimar a hospedagem.

“— Eu ia viajar com eles, conheci o Rio. A gente saía com eles”.

“— Mas porque não deixavam a senhora sair sozinha, mesmo com 35 anos de idade?”.

“— Naquele tempo era assim, o senhor sabe, aquela criação antiga. Mas era bom, aí, era ótimo”. (Maria Russo)

A opção por dar rumo próprio à vida vem pela preocupação com a autonomia e a liberdade, e em assegurar uma velhice tranqüila para si. A relação familiar já não era sem custo.

“— Quando a senhora decidiu trabalhar, como foi dizer isso p’ra eles?”.

“(risos) — Eu vim p’ra São Paulo, que eu ’tava lá em Santos, n’ê? Aí, fui na casa de uma minha amiga, uma senhora alemã que era amiga da minha prima, n’ê? Aí, eu

fiquei um período assim na cidade, cheia de coisas maravilhosas, aí eu fui lá e falei, em Vila Mariana, e falei: — Dona Marta, eu posso posar aqui na casa da senhora. Ela: — Olha, Maria, eu não quero obrigação com sua prima, heim. — Não, amanhã eu vou arrumar um emprego. [Comenta] Aí, eu estava no Largo São Francisco, eu freqüentei aquela igreja, n'ê? Eu tinha ido na cidade, sabe?, como um passarinho solto. Aí, ia chegando a tarde eu falei: — Meu Deus do céu, o que que eu vou fazer? [Comenta] Quando eu ia subindo as escadarias da igreja do largo São Francisco, ouvi uma voz: — Liga das Senhoras Católicas. Mas que engraçado, uma voz, sabe. Nem pensava nessas coisas antigamente. 'Tava feliz porque 'tava livre. Agora, quando ia chegando assim a tardezinha, eu disse: — Meu Deus do céu como é que eu vou fazer? Sem emprego, sem nada, n'ê? Aí, eu fui na Liga das Senhoras Católicas p'ra arrumar um emprego, porque eu não sabia como é que tinha que arrumar. Aí, eu fui lá e eles me arrumaram, numa creche, porque na Santa Casa não tinha vaga, sabe? Na antiga creche Alunos de Santo Agostinho, eu fiquei quase um ano lá, sabe?, numa travessa da Rua Augusta. Pessoas maravilhosas, eu não sabia nem cuidar direito dos bebês, mas assim mesmo... Enquanto isso, eu 'tava esperando uma vaga lá na Santa Casa". (Maria Russo)

A forte motivação para o trabalho no hospital despreocupa até mesmo do desaconselhamento da Madre Superiora da Santa Casa, que lembra dos esforços necessários para a função e das possíveis dificuldades que enfrentaria por sua frágil compleição física. De qualquer forma, *“então, você venha amanhã cedo. Tem o pensionato da Santa Casa, na [Rua] Martinico Prado. Você vai morar lá”*. Maria mora por cinco anos no pensionato, quando então é fechado para reformas. Dali para adiante, seria *“só p'r'os médicos... até hoje”*. Relata sobre seus trabalhos de serviços gerais na Clínica de Olhos, na Urologia, no Refeitório e na Limpeza da Santa Casa. Fala de um tempo bom, em que se dedicava intensamente ao trabalho.

“O senhor sabe quem 'tava internado lá [na clínica urológica]?! O professor da Universidade de Paris. O senhor sabe, aquela figura, assim, magrinha, como é que se diz, francês. Não falava o português, só “mademoiselle”. Então, quando eu ia arrumar, dar de comida p'ra ele, botava, assim, tudo bonitinho, ele dizia: —

“Mademoiselle” parece uma pintura. [E comenta sobre o respeito com os pacientes] Nada de jogar toda aquela comida feito um porco, não. Acho que ele morava aqui com a esposa. Velhinho, de cabeça branca, mas aquela figura de cinema. De revista, sabe?, francês. Mas que educação, sabe?! Uma educação, nossa! Essas pessoas, assim, não é?! A gente fica tão... não é?! Na sexta cirurgia que era todos aqueles, tinha professor, tinha gente pobre e tudo, pronto-socorro n’ é?! Então, tinha Seu Walter, que era o enfermeiro chefe, e tinha Dona Luisa, que era a enfermeira que dava a medicação e tudo. E quando chegava e chamava a gente... na frente do paciente, n’ é?: — Olha, eu quero que minhas funcionárias respeitem vocês, e que vocês respeitem meus funcionários. [Comenta] Quer dizer, aquele período era uma coisa, sabe?!”. (Maria Russo)

O respeito vem pelo reconhecimento dos seus préstimos. A dedicação e os esforços trazem a liberdade e a autonomia pelos meios próprios.

“— A senhora se sentia respeitada naquele período?”.

“— Muito feliz. Querida de todos. Querida das irmãs, querida dos médicos, querida das enfermeiras, querida dos pacientes”.

“— Eu entrei na Santa Casa com 35 anos, em ’54, e fiquei trabalhando até ’70”.

“— Nesse período todo morando em pensionato?”.

“— Quarenta e cinco anos de pensionato, mas era uma delícia, sabe?! Lógico, sempre tem um espinho. Aquilo espetava, mas depois passava. Mas era uma coisa boa quando chegava a época do natal, o senhor sentia, sabe o quê?! Aquele ambiente de natal, que... Deus me livre, acabou tudo! Agora que eu pensei que eu fosse ter uma vida boa como eu tinha lá no pensionato, tudo fechou, n’ é? A gente precisou sair, vir p’ra cá”. (Maria Russo)

As lembranças do convívio amigo entre as colegas de profissão marcam a narrativa de Maria Russo, sobretudo, agora, que recorda esse tempo pelo filtro da sua condição de internamento e solidão.

“— Como era a vida social da senhora? Casa-trabalho, trabalho-casa?”.

“— Não, eu tinha uma folga por semana. O dia da minha folga era sagrado, já tinha meus uniformes lavados, passadinhos. Tinha três uniformes. Ai levantava cedo,

arrumava meu quarto, tomava banho, depois ia p'ra missa. Depois da missa eu ia p'ra [Rua] Martinico. Ai como eu gostava! A noite eu não saía, de dia, sim. Ai a cidade, como eu gostava! Nossa, era a minha felicidade!”.

“— A senhora dividia o quarto?”.

“— Tinha quarto de dois e quarto de uma moça. Depois uma moça foi embora. Eu morei 18 anos naquele quarto, sozinha”.

“— Que cinemas a senhora freqüentava?”.

“— Às vezes ali na Praça da República, conforme o filme, sabe?... no Ipiranga. Era tão gostoso, depois a gente podia ir no Largo do Arouche também, n'ê? A gente tinha uma vida tão boa, sabe?, as colegas, tão boas”.

“— Então a senhora ia com amigas ao cinema?”.

“— Eu ia sozinha. Naquele tempo a gente tinha respeito, não tinha essas sem-vergonhices que tem. Era tão bom aqueles anos, sabe?, '70”.

“— A senhora tinha amigas?”.

“— Só da pensão. Eu ia na casa da minha prima que morava na [Rua] Brigadeiro, na casa da Dona Luisa, com quem eu morei”. (Maria Russo)

A vida dividida entre a família e o trabalho traz um traço de abnegação na caminhada de Maria Russo, uma história dedicada ao outro e à saúde dos seus. As amizades marcadas pela fraternidade dos cuidados mútuos, pelas companheiras atentas do pensionato, reavivam prazeres na lembrança. A afirmação da própria liberdade veio pelo convívio e pela relação com essa realidade, situação diferente em tudo do atual presente.

“— Nunca namorei, eu gostava de, por exemplo, no pensionato, alguém ficava doente a gente levava no pronto-socorro, eu ficava doente, me levavam, quer dizer, a gente nunca ficou sofrendo. Olha, mas era uma coisa, um ambiente fraterno, era tão gostoso, nossa! Elas nunca me deixavam sofrer e eu também nunca deixei elas sofrerem. A dona da pensão... a gente pagava pouco porque ganhava pouco, mas a gente ficava doente ela ainda dava dinheiro p'ra gente”.

“— Então a senhora continuo morando lá mesmo depois de parar de trabalhar?”.

“— Nos anos '70”.

“— Aposentada por invalidez?”.

“— *Aposentada por invalidez, mas eu sempre ’tava servindo a uma ou a outra. A prima ficou doente, eu fiquei três meses na casa dela, na [Rua] Brigadeiro. O marido dela foi operado, eu também fiquei. Quer dizer que eu sempre ’tava servindo alguém*”.

“— *Sempre trabalhando?*”.

“— *Ah, ficar sem nada não dá... eu gostava de trabalhar, n’ê?, mas sempre dando satisfação [na pensão], como se fosse uma casa, n’ê?*”

“— *E nunca teve vontade de namorar?*”.

“— *Ah, sempre feia. Eu tive primas, colegas, tão infelizes. O casamento que não dava certo, n’ê? Eu sempre gostei de ajudar, quer dizer, que a gente sempre queria ser útil*”. (Maria Russo)

Nair Bretas, interna na mesma ala psiquiátrica do Hospital D. Pedro II, lembra de uma vida familiar igualmente pontuada por dificuldades e rigor de costumes, mas também pelo amparo.

“— *Como é que a senhora veio p’ra São Paulo? Veio com quantos anos, veio como?*”.

“— *Uai, eu vim com a minha família, n’ê? Minha mãe nasceu aqui, mas depois foi p’ra lá. Meu irmão morava lá, n’ê?*”.

“— *E a vida com a família, a senhora gostava deles?*”.

“— *Gostava demais deles. Gostava e ainda gosto, embora já não esteja mais aqui, mas a gente tem saudades, sente saudades*”.

“— *E os pais da senhora, também eram bons?*”.

“— *Eram bons sim, eram muito bons, muito direitos, gente muito direita, gente antiga, naquele regime de antiguidade, n’ê?, de muito rigor no nome n’ê? E aí com aquilo nós fomos sofrendo muito, n’ê? E assim cheguei no ponto que cheguei*”. (Nair Bretas)

A lembrança do irmão é marcada por uma tristeza intensa. Alcança, nas memórias dela, a recordação pelo afeto e pela segurança, evidenciando o sentimento da perda. A mágoa de Nair sempre retoma a sua atual situação como continuidade de uma vida negada, de

interrupções. Também as fortes dificuldades quanto às necessidades mais urgentes de agora nos ajudam a compreender esse seu sentimento.

“— Ele faleceu no dia de Páscoa, foi p’r’o hospital. Por aí eu tenho uma tristeza muito grande no dia de Páscoa, porque ele foi me buscar para almoçar com ele e a esposa num restaurante. E quando ele parou com a esposa assim, p’ra combinar que ele tinha deixado o carro lá na porta, ele caiu, caiu ali e sentiu mal. Ele falou p’ra esposa: — Eu convidei minha irmã p’ra vir passar a Páscoa conosco com todo o prazer, mas estou vendo que eu, em vez de irmos para o restaurante, eu vou para o hospital, eu estou me sentindo mal, e supondo que é um enfarte. E, assim, eles pegaram ele depressa e puseram ele no carro, e levaram embora, levaram p’ra lá. E eu fiquei ali, não tive nem coragem de ir, fiquei ali, sem saber o porquê, meu Deus, de acontecer uma coisa dessas”.

“— A senhora chegou a visitá-lo no hospital?”.

“— Fui lá no hospital, mas fui uma vez só, porque eu não agüentava ver o sofrimento dele ali, n’ê?, e eu ’tava abalada demais, e, então, eu ’tava com medo de acontecer uma coisa comigo também, lá dentro. Pois é, e até eu nunca mais tive saúde, nunca mais. Sabe lá o que é nunca mais ter saúde?”. (Nair)

Nair conta sobre a viagem do irmão para o Chile, quando é presenteada com uma foto dos “pombinhos” de lá. Disse da sua predileção por esses pássaros, que a ela sempre pareceram serem providos da capacidade de entendimento do que se passa à volta. Também o tema da saudade pela perda de familiares vem associado ao campo dos obstáculos de toda a vida de esforços pela sobrevivência e atenção às necessidades mais prementes. Lembra de duas amigas que ficaram em Goiás e das dificuldades dessas pessoas com o trabalho intensificado a partir da fragmentação, pela morte de parentes, da rede de proteção familiar. As histórias dos trabalhos pontuam inteiramente a percepção da própria condição de saúde. As infelicidades de que fala Nair parecem comuns aos irmãos, revelando um traço de dificuldade que marca também a história da sua família. Na sua narração, pela fronteira entre a proletarização e o acesso ao mundo do trabalho, observam-se as contradições reforçadas

pela condição de classe explorada, alvo de injunções extremas, por vezes, ao limite da própria morte.

“Eu fui telefonista muito tempo, firmas comerciais. Fui balconista vários anos, em várias firmas. Isso sempre em Goiás. Eu tinha 15 ramais, pabx de comércios pequenos. Eu que ligava todas as ligações, tanto p’ra dentro da cidade como p’ra fora. Ganhava pouco, ganhava pouco, todas essas firmas pagam mal, ’viu? Um absurdo, uma coisa. Se fosse p’ra nascer, p’ra viver do jeito que eu vivi, era melhor que Deus tivesse me tirado na hora. Era melhor. A gente sofre demais, calúnias e mais calúnias em cima da gente. Balconista de lojas de tecidos, p’ra vender em metro. Esse foi meu último emprego. Tinha um irmão que trabalhava consertando rádio e televisão na casa das pessoas. Trabalhou assim até morrer, foi assim até morrer. Minha irmã também sofreu uma barbaridade, sempre caluniada, assim como eu também. O mais duro eram as calúnias, e aí logo passou a sofrer da pressão, como eu, também tenho um problemão de pressão. Morreu um dia, de repente”. (Nair)

O acesso à formação escolar e à saúde aparecem, assim, como o mínimo necessário para a manutenção de uma condição de sobrevivência material. E para o mínimo já se exauria tudo. O tempo faltava e a dedicação virava martírio inglório, pois que a própria saúde era o que se sacrificava, aquilo de que primeiro se precisaria abrir mão.

“— Eu tinha estudado até o terceiro ano ginasial, mas depois eu abandonei porque eu trabalhava muito e muito preocupada com a minha saúde, continuei trabalhando, mas não assim tanto, conforme eu trabalhava, n’ê?, muitas e muitas horas, eu diminui um pouco, n’ê?, que eu não ’tava agüentando”.

“— A senhora chegou a pensar em ir para a faculdade?”.

“— Ah, pensei muito, tinha muita vontade, vou falar se esse povo não faz isso comigo, hoje eu tinha um bom diploma, ’viu?!”.

“— E qual diploma a senhora pensava em ter naquela época?”.

“— Ah, eu pensei em estudar Direito, eu pensei em estudar Medicina, essas coisas que eu tinha na idéia p’ra fazer, que eu achava que eu devia fazer, e eu me esmerava mesmo, com força mesmo, no serviço, no trabalho, eu tinha esperança, n’ê?, de poder fazer isso, infelizmente a língua maldosa desse povo não deixou que eu conseguisse,

fui ficando doente com o negócio e acabei sobrando isso que o senhor 'tá vendo, esse caco de gente que o senhor 'tá vendo aqui". (Nair)

O irmão mais velho acaba alcançando, por conta própria, uma formação adiantada no curso de Direito, em que não se graduou também por excesso de esforço direcionado para o trabalho. Nesse caso, segundo Nair, há a atenuante de um salário recompensador, “*não 'tava interessado em coisa assim não, achou que era bobagem se sacrificar mais*”. O comentário sobre a irmã, que se especializa como técnica de enfermagem, é frisado por uma percepção da época, que tinha para certos cursos profissionalizantes o lugar social do respeito e da reserva de alguma ascensão social.

“— Algum outro irmão da senhora fez faculdade?”.

“— Não, eles estudaram até o ginásio, e a mulher estudou também, fez enfermagem até se formar, mas não fez Direito, essas faculdades melhores, n'ê?, não chegou a fazer, não. Eles tinham vontade, mas não fizeram porque tinha que trabalhar muito, n'ê?, p'ra poder se manter e viver, e não fizeram, não. Não sobrava tempo p'ra estudar, não sobrava tempo p'ra eles e assim foi a vida”.

“— E era comum entre os amigos e parentes com quem a senhora conviveu terem faculdade na época?”.

“— Não, não era comum ter, o povo não gostava muito, não gosta muito de se sacrificar, e p'ra isso precisa se sacrificar muito, n'ê?, procurar o período fora do horário de serviço, e se desdobrar em esforço, n'ê?, então não era comum por causa disso”. (Nair)

A história de vida riscada por assimetrias econômicas e sociais mistura-se aos mitos e lugares-comuns em torno do casamento, pelo que sobra pouco espaço para os relacionamentos amorosos em geral. Mais uma vez, a determinante da condição material desfavorável sublinha as lembranças de Nair. O casamento não vem, também por seus pretendentes não atenderem às expectativas de que da união pudesse coincidir uma melhor posição social.

“— A senhora foi casada?”.

“— Não, sou solteira. Engraçado, coisa engraçada, vou contar p'r'o senhor um caso engraçado, o senhor vai achar graça. Quando eu pensava em casar... sabe por que que eu não casei?! Porque eu tinha medo da dor do parto. Eu tinha medo, não tinha coragem de casar porque eu tinha medo da dor do parto. Com isso, eu não casei, fiquei solteira, p'ra hoje 'tá sofrendo essas barbaridades que eu ando sofrendo aí”.

“— Contavam p'ra senhora que era doído?”.

“— Contavam, as amigas casadas contavam”.

“— E não apareceu nenhum pretendente p'ra tomá-la em casamento?”.

“— Não, não apareceu porque eu era muito retraída. Fui muito retraída, eu tive uma ou duas pessoas comigo”.

“— Namorados?”.

“— É, namorados. Dois, que eu me perdi. Não me dei bem com um e passado um certo tempo arrumei outro. Mas o motivo é esse”.

“— E foi bom?”.

“— A gente não pode achar bom, que a gente fica pensando, a gente mesma apertava eles e falava com eles, n'ê? Se você me gostasse você procurava dar uma vida diferente p'ra mim, porque na verdade eu não falava p'ra eles que eu não casava porque eu tinha medo do parto, isso eu não falava, não, isso eu falava pros meus parentes, gente minha. Eu falava que eu não queria, que eu não me acostumava no casamento, mas eu tinha medo que eles judiavam, todo mundo judiava, n'ê?, então eu tinha medo”.

“— Mas eles judiavam da senhora?”.

“— Judiavam desse jeito, n'ê?, fazendo eu viver uma vida desse jeito, n'ê?, com eles. Vivi bastantes anos, passei a vida solteira”. (Nair)

Nair lembra do tempo em que freqüentou a Igreja Universal do Reino de Deus. Fala da questão do pagamento do dízimo e que chegava a se ausentar dos cultos sempre que estava em débito com a instituição. Sentia vergonha por conta da exposição pública desses devedores pelos bispos, responsáveis, segundo esses últimos, pelas dificuldades de manutenção enfrentadas pela igreja. Não mencionavam publicamente o nome desses fiéis faltosos, mas durante o culto os abordavam, cobrando seus compromissos. Nair, quando era submetida aos constrangimentos, deixava de freqüentar o lugar, só voltando se em condições de sanar os

débitos. Os bispos diziam das conseqüências nefastas e punições divinas que poderiam advir da falta com esses pagamentos. A fome, segundo Nair, como resultado da conseqüente exclusão de seu nome das orações institucionais por sorte e fortuna, era a primeira praga que rogavam. Contudo, mesmo que a ameaça a deixasse apreensiva e atenta às tais parcelas, sabia da importância do dinheiro no bolso para o próprio sustento e segurança alimentar. Nair também conta que numa dada época, mas sem sucesso, paquerou um bispo da igreja. Lembra que chegou mesmo a ser moralmente repreendida pelo próprio por conta desse seu interesse amoroso, pois que se dizia casado. Falamos dessa moral do casamento colocada antes dos sentimentos, e dos preconceitos que cercam as mulheres que vivem tais situações. Quando falamos sobre essas reprimendas quanto ao amor de mulheres por homens comprometidos e se já ouvira outras histórias semelhantes, disse que sim, ao que logo acrescentava, mas *“quem podia evitar gostar de um”*. Por fim, avalia ter tido muita sorte por não ter se tornado um desses “soldados” da Igreja Universal.

Encadeamentos semelhantes para a própria história, de infância marcada pela experiência do trabalho, mas com sentimento de autonomia pela reprodução da vida já desde cedo pelas próprias mãos, e outras questões concernentes à percepção dos sentidos sociais da união pelo casamento e demais amores, também aparecem na narração de Lusía Satilho.

“—E quando você morou em Tupã?”

“— Quando eu era menina, morei. Nasci lá, perto de Tupã, e quando eu saí de lá p’ra São Paulo, eu tinha doze anos. Morei sempre no sítio com meus pais. A gente carpia, plantava roça, plantava amendoim, arroz, feijão, milho, plantava horta, alface, repolho, cebolinha, coentrinho, alho. É, nós tinha as coisas. Criava galinha, porco, não”

“— Comida não faltava?”

“— Não, não faltava, não. Aí, quando nós mudamos p’ra Maringá, aí eu já era moça já. Nós ficamos num sítio, na Jacupiranga, entre Nova Esperança e Maringá. Aí, nós plantava milho, arroz, feijão, colhia café. Aí, minha mãe morreu, minha mãe morreu lá no sítio. Morreu o meu irmãozinho que nasceu, e minha mãe, daí três semanas,

morreu. Meu pai não zelou dela e não levou ela no hospital, ela morreu de parto. Tinha que levar no médico, n'é?, p'ra tomar remédio, p'ra fazer massagem na barriga. Morreu de parto”.

“— E como morreu seu irmãozinho?”.

“— Morreu escurinho, pretinho, mal de sete dias. Morreu com sete dias”. (Lusia)

As tristezas estão em razão das desavenças com o pai, e isso após a perda da mãe. A “perseguição” do pai motiva uma atitude prática, sai de casa. A sua esperança, e isso apareceu em todos os momentos dos nossos encontros, sempre esteve em cuidar de si, e nunca o contrário, a dependência. Após a morte da mãe, segundo Lusia, decorrente da falta de zelo do pai com a urgência médica do momento, vem a caminhada com suas próprias pernas, a prática da lida na roça vira prática em “casa de família”.

“A minha mãe ’tava de cama. Ficou de cama três semanas, depois morreu. E aí meu pai deu de perseguir eu, sabe?! Aí, deu de perseguir eu, aí, já tinha falado p'ra minha tia que ele perseguia eu, aí fui na casa da minha tia, minha tia pegou e deu dinheiro, falou que se ele continuasse, daí eu ia p'ra casa dela, sabe?! Aí, ela deu dinheiro p'ra mim, eu guardei debaixo duma roupa o dinheiro, aí foi um dia que ele ’tava catando arroz p'r'o vizinho, eu peguei e fugi, catei minha roupa, pus dentro de um saco, tudo dentro de um saco, não tinha mala, fugi p'ra casa da minha tia em Maringá. Aí, ele foi atrás, mas minha tia botou um medo, falou que se ele queresse levar eu dali, que então ela ia chamar a polícia. Daí, eu fui trabalhar em casa de família, não tinha prática, tinha prática só de roça, n'é?”. (Lusia)

A luta pela emancipação imprime fortes marcas à lembrança de Lusia. Assim, a motivação para o casamento, num momento de falta de amadurecimento ou sentimentos esclarecidos, vem como sentido prático. Também, assim, será o retorno para casa depois da primeira separação. A saudade das filhas será razão suficiente para a sujeição aos desgostos da união com o marido. Essa breve concessão encontra saída em outras soluções na busca da liberdade. Lusia conquista apoio da Casa Transitória do Belenzinho para a construção de um barraco na favela, ao que se somam outras dificuldades sociais. Sempre a busca pelo

movimento de si e dos seus. Lusía, como nos conta no capítulo anterior, hoje aguarda novamente poder recuperar esses sentidos.

“— Daí o meu namorado, da igreja da minha tia, casei, mas não tinha experiência, eu não sabia o que era amar, eu pensava que qualquer um dava, aí não deu p’ra viver, eu casei, mas não deu p’ra viver. Ficou um ano e casei, eu gostava um pouquinho dele, ele não era feio, era preto, mais alto que eu um pouco. Casei em Maringá, passou um ano lá e veio p’ra Curitiba e de Curitiba veio p’ra São Paulo”.

“— Ele veio junto com você, então?”.

“— Veio”.

“— Você não amava ele?”.

“— É, eu não gostava quase dele”.

“— Por que casou Lusía?”.

“— Eu tinha que casar, n’ê? Eu queria viver a minha vida sozinha, n’ê? Aí, com três anos de casado eu separei a primeira vez. Daí, as crianças ficou com ele, daí, eu tive que voltar outra vez porque eu chorava por causa das crianças, eu tinha duas meninas, n’ê? Aí, eu chorava, eu ficava triste por causa das minhas filhas, n’ê?, aí, eu voltei com ele por causa das minhas filhas. Daí, fiquei mais três anos, quatro anos, daí, separei duma vez, sofri, sofri, fui morar na casa dos outros, sofri muito. Aí, eu ouvi falar da Casa Transitória do Belenzinho, daí eu fui na Casa Transitória, eles me fez um barraco, com maderite, na favela na Vila Maria, n’ê? Aí, foi buscar eu de carro, trouxe eu com as minhas filhas, que eu não tinha nada. Fez um barraco, foi buscar eu de carro, o pessoal da Casa Transitória, lá perto da Febem. Aí, pôs eu no barraco, eu ponhei minhas filhas na escola, fui arrumar escola p’r’as minhas filhas, aí eu ganhava os mantimentos da Casa Transitória, elas estudava, eu ganhava os mantimentos. Trabalhava na casa da Dona Ilsa, da irmã da Rita de Campo, três vezes por semana, daí, a Rita pagava. Eu comprava as coisas p’r’as minhas filhas comer”.

(Lusía)

Pela narrativa de Lusía, aparece um traço comum à condição de vida precária e de muitas dificuldades sociais e econômicas que atravessam a história dos homens e mulheres que conheci nos manicômios. A luta de classes define esses lugares como espaço de tratamento social, como válvula de escape das fortes contradições que nos definem como

agrupamento político e cultural. A situação de miséria não coincide com o ideal burguês do isolamento, da existência individualizada e indiferente ao mundo, da viagem para fora da questão das injustiças. O homem individualizado por privilégios tem “valor”, na mesma medida em que se “desvalorizam” os homens e mulheres de extração social inferior. E essa “desvalorização” é razão da sua miserabilidade. O tempo presente não tem luta de *classe*, antes são *classes* em luta que o definem. As desigualdades e violências impostas a muitos pelo modo de vida capitalista estão unidas à condição dos privilégios e liberdades econômicas de poucos como irmãs siamesas. A vida de Lusía não pôde dispensar as ajudas e assistências sociais, não pôde dispensar em momento algum a proximidade com a única vida que mesmo o dinheiro não subtrai, a vida social. E nisso viveu imprevistos e desgostos característicos ao ser abandonada a toda insegurança. Os inconvenientes das relações próximas, no estado de absoluta insegurança política a que a pobreza lhe submete, são drásticos ao nível da incompreensão. Numa vida em que as conquistas sociais amplas parecem vir menos pelo processo de construção política da sociedade do que pelo acaso ou, por outras palavras, pela mística ideológica do esforço pessoal, não surpreenderá que a desgraça seja compreendida também como sortilégio do mal extra-social e extra-histórico. E é mesmo um forte sentido de explicação histórica da realidade que percorre essa compreensão.

“Eu morava lá, três anos, três anos as minhas filhas estudando, levava todo dia as minhas filhas na escola, sabe?! Daí, esse macumbeiro chegou lá, veio de lá do Recife, não sei, do Recife. Daí, acampou lá, comprou um barraco no fundo do meu lá e começou a fazer macumbaria, daí pertinho de casa assim, pertinho, sabe?! E começou a fazer macumba p’ra mim e p’ras minhas filhas. Minhas filhas, quando ia p’ra escola e saía no corredor, jogava pó de macumba na cabeça delas, jogava na minha. Nós sofreu muito, sabe?! E aí, minha filha começou a fugir de casa, as duas começou a fugir de casa. Uma fugiu e foi p’ra casa da Rita de Campo, irmã de uma que eu lavava roupa dela por dia, na Vila Maria Alta, no mesmo bairro, na Vila Maria Alta, perto da catedral. Daí, foi lá p’ra casa da Rita e começou a ajudar a Rita. Aí, pediu o registro p’ra ela estudar, a Rita pegou e arrumou escola na natação p’ra ela, mas eu

já tinha dado escola p'ra ela até o terceiro ano. Aí, ela ficou na casa da Rita, começou escola e se formou lá, na natação, ela é professora. E a outra fugiu p'ra casa da colega, e arrumou emprego. Não deu p'ra estudar mais, coitada, não deu p'ra estudar mais. Aí, começou a dar ataque, começou a dar ataque nela, e foi p'ra casa da colega. Que pó na cabeça faz fugir, n'é?! Ela ficou descabeciada, ela tremia tudo, acho que ataque epilético". (Lusia)

Parte bastante significativa dos serviços de atenção social, como o Albergue mencionado mais adiante por Lusia, cumpre à risca o fomento da lógica da insegurança dentro de um princípio definidor de uma prática fortemente difundida pelo modo de produção capitalista, qual seja, a de que a segurança social vem pelo próprio esforço em conquistar espaços e condições de inserção econômica. Essas instituições gerenciam um planejamento que fortalece a perspectiva do privado e do individual, a qualquer custo, e, sobretudo, arcando com custo algum. Num mundo em que a condição para trabalhar implica ser capaz de comprovar endereço fixo em residência privada, o que na sociedade capitalista não acontece sem dinheiro, não será sem lógica também não permitir morar em residência pública, sem já estar devidamente incorporado pela economia produtivista privada. Depois que as filhas saem de casa, Lusia fica sozinha. E se deixa São Paulo por arte de macumba bem feita, não será outra a sua sorte em Curitiba, ainda que em uma ou outra parte tenha sempre se defendido vigorosamente.

"Daí, o macumbeiro rodeou um dia lá, juntou umas trinta pessoas maloqueira, da favela, ladrão maloqueiro, e rodeou todo o barraco, e eu saí correndo p'ra não morrer. Tive que abandonar o barraco. Daí, fui p'ra casa da mulher que eu lavava roupa e não deu certo. Daí, eu voltei p'ra Curitiba, fui p'r'o albergue, a Hospedaria dos Imigrantes, perto do Capão Raso. Que lá o emprego é fácil, o emprego lá é mais fácil de achar do que aqui. Aqui, é difícil de emprego. Logo que eu cheguei lá, já achei emprego. Eles deixam você ficar no albergue por sete dias, se em sete dias você não achar emprego, daí você tem que sair. Daí, eu arrumei, eu fui trabalhar por dia no Hotel Estrela, lá perto do Passeio Público. Não era muito não, mas eu fui juntando

um tempo p'ra alugar um cômodo p'ra mim, daí eu juntei. Daí, eu consegui ficar três meses no albergue, daí eu juntei dinheiro p'ra alugar um cômodo. Daí, eu aluguei um cômodo, daí, eu trabalhei uns tempos lá no Hotel, daí, eu peguei e arrumei outro serviço, porque eu chegava muito tarde na Hospedaria do Imigrantes, chegava uma hora da manhã, muito perigoso. Daí, eu larguei e fui trabalhar num restaurante. Era tarde também, meia-noite, mas tinha luz, n'ê? Aí, eu subia de ônibus e ia p'ra casa".
(Lusia)

As experiências dos narradores, se trazem uma marca comum da exploração pelo trabalho, são diversas, em tudo, na condição em que isso aparece em suas vidas e no rastro que imprime em suas memórias. Os estigmas pela extração econômica inferior e outras determinantes de preconceitos sociais, como o sexo, o grau de instrução, a sexualidade, o grupo étnico, etc., ao lado do conjunto do indeterminado da história de vida pessoal de cada um, como o que também explica os percursos escolhidos e o ritmo da caminhada, fazem dessas narrações um testemunho de que todo ser humano é incomum, e se faz historicamente por intersubjetividades num campo aberto de potencialidades. Maria Aparecida Adão é negra e epilética e conheceu o preconceito já dentro da própria família.

"Aí, um dia, a minha falecida mãe foi na venda fazer compra, aí essa senhora diz que perguntou p'ra ela assim: — A senhora tem uma mocinha p'ra trabalhar lá em casa, não?! Aí a minha falecida mãe falou: — Eu tenho uma mocinha que 'tá com doze anos. E pegou e me levou eu p'ra casa dela. E tinha uma moça que trabalhava na casa dela também, pegou e tocou a moça de lá e me aceitou eu. Pegou e não aceitou a moça lá dentro da casa lá porque eu fazia serviço melhor. Aí, pegou e tocou a moça de lá e falou assim: — Vamos aceitar ela e vamos mandar a Maria embora. Aí, eu peguei e fiquei naquela casa trabalhando, e todos os lugares que eles ia eles pegava e me levava. Em todos os lugares que eles iam passear, eles pegavam e me levavam".
(Maria Aparecida)

Maria Aparecida expõe um quadro carregado das tintas pardacentas que colorem o traço mais autoritário da sociedade brasileira. A “*pergunta da senhora*”, plenamente

preservada em sua lembrança, traz tons que mimetizam desigualdades e enormes injustiças num fundo de tranqüilidades sem contradições. O racismo se veste de pretensa naturalidade, o que aparece evidente na fala da narradora como outra face da opressão. A conversa entre a mãe negra e a futura patroa de sua filha, de tão estabelecida em nosso contexto social, poderia mesmo passar sem surpreender, sendo, contudo, denunciada com clareza por Maria Aparecida. E é desde menina que guarda na memória a contradição do seu destino de doméstica, e é desde menina, então, que carrega o sentido da contradição. O serviço doméstico, na sociedade brasileira, pertence de pleno direito aos pobres e negros, e não vê idade, mas tem predileção pelas meninas e mulheres, pois em grande medida ainda são os homens os provedores dessas “casas de família”.

“— Comecei a trabalhar com doze anos. Quando eu era criança assim, eu brincava de fazer casinha, tudo. Lá em Espírito Santo de Pinhal. Só com moleque que eu não brincava, eu brincava só com meninas. Às vezes queria bater em mim tudo, n’ê?, eu falei: — Não! Vou brincar só com menina, eu quero brincar com menina. E lá em [hospital] Guarulhos a gente não via homem, não. E lá em [hospital] Santana a gente também não via homem, não. A gente só via homem quando tinha festa, só quando tinha festa”.

“— E isso era bom ou ruim?”.

“— Era bom, eu gostava. Então, se pegar e vir um homem mexer comigo, eu ponho a boca no mundo”.

“— E eles costumam mexer?”.

“— Não, ninguém mexe”. (Maria Aparecida)

Maria Aparecida traz o estigma da epilepsia e a condição de “menina de casa de família”, devendo ser preservada do comportamento inadequado, pelo menos fora de “casa”. Assim, como que por precaução, fica proibida de divertir-se com crianças do sexo oposto. Suas relações sociais amplas vão ser fortemente marcadas por isso.

“— Você tem bastante amigo aqui dentro?”. *“— Tenho bastante amigo aqui dentro, só amigo homem que eu não tenho, só amigo mulher”.* (Maria Aparecida)

Quanto à condição de epilética, a família agregada não deixará de saber o seu valor quando lhe faltar valor para o trabalho nas “casas de família”.

“— *Você disse que você trabalhava na casa da sua tia?*”.

“— *Se eu trabalhava?! Trabalhava! Quê?! Lavava, passava, tudo. Eu 'tou de calça comprida e não bem mostrar o que me aconteceu aqui, vem ver o que aconteceu comigo*”.

“— *A sua perna, n'ê?!*”.

“— *Olha aqui. Eu 'tava passando roupa e eu peguei e caí no chão, e minha tia 'tava conversando com as moças que ia lá p'ra ela pegar e arrumar de empregada p'ra elas e ela não viu, ela não viu. Aí, o meu tio... diz que o meu primo quando chega do supermercado escutou aquele grito, escutou aquele grito, eu 'tava caída no chão e o ferro queimando a minha perna, dentro de casa. E sabe o que que é?! Eles não tiveram a coragem de pegar e me levar p'r'o pronto-socorro. Não me levaram eu p'r'o pronto-socorro. Não me levaram. E eles não tiveram coragem. 'Tava saindo ferida na minha perna, tudo, e eu andando, mancando, fazendo o serviço, trabalhando, encerando casa, encerando casa, lavando roupa, lavando o quintal. Só comida que minha tia não deixava eu comer que ela tinha medo de eu pegar e virar em cima do fogão, n'ê? Isso que a minha tia não deixava, o resto eu pegava e fazia de tudo na casa da minha tia. Eu continuava fazendo o serviço na casa da minha tia com a perna machucada. E 'tava saindo ferida na minha perna, saindo aquelas bolhas, arrebentando tudo. Foi maldade deles, foi*”. (Maria Aparecida)

A epilepsia não é ameaça para a lida doméstica. E mesmo o grave acidente que decorre daí não deve atrapalhar o curso das atividades. A mesma menina que lava e passa a roupa e também limpa o chão provoca, contudo, receio de sujar, quando se trata de pegar a comida junto ao fogão. A epilepsia é ameaça para a alimentação de Maria Aparecida na casa dos tios. O internamento vem como consequência previsível quando os acidentes ficam mais freqüentes e aumentam em gravidade.

“*Aí, dava ataque em mim tudo lá, começava a falar assim, gritava: — Precisa arrumar uma internação p'ra Cidinha, precisa arrumar uma internação p'ra Cidinha.*”

Aí, um dia, minha prima pegou, telefonou p'r'o serviço da minha irmã, a minha irmã veio buscar eu p'ra levar eu na casa da outra irmã minha. Então, levou eu na casa da irmã minha, que até faleceu. Aí, eu fiquei uns tempos lá. Eu fiquei um mês lá na casa da minha irmã, fiquei um mês. E aí, 'tava arrumando uma internação p'ra mim. Tirou eu da casa desse meu tio, n'ê?, p'ra pegar e levar eu p'ra casa da minha irmã. E uma vez que eu peguei e me deu desmaio em mim, que eu caí, bati a cabeça. Quando eu 'tava lá na casa do meu tio. Diz que eu não podia fazer serviço, que pegava e não aceitava eu fazer serviço, que eu 'tava com a cabeça machucada. Aí, precisou a minha prima pegar, dar banho em mim, e perguntando p'ra minha tia onde que 'tava a minha roupa, calcinha, tudo. Tudo que era p'ra pegar e trocar em mim. Aí, pegou eu e levou p'r'o Hospital das Clínicas. Fiquei dois dias internada no Hospital das Clínicas". (Maria Aparecida)

Maria Aparecida estava predestinada à carreira hospitalar. Sem serventia para o trabalho forçado, esse seu percurso aparece como injunção da qual não consegue escapar. O forte preconceito, também motivado pela enfermidade, recebe acolhida na instituição psiquiátrica. Contudo, não foi apenas aí, sobretudo não pela primeira vez, que se observou interesse pelas suas elaborações psíquicas.

“— Você costuma sonhar?”.

“— Agora faz tempo que eu não sonho mais. De primeiro a minha tia ia fazer jogo do bicho, falava p'ra mim assim: — Cidinha, com o que você sonhou? Aí, tinha que pegar e falar do sonho p'ra ela, p'ra ela pegar e marcar o jogo do bicho, p'ra ela fazer. Então, sabe o que que é, 'tou até com vergonha de falar, ela um dia ela 'tava pegando e falando p'r'o meu tio assim: — Hoje vou jogar na vaca, vou jogar na vaca. Aí, o meu tio pegou e falou assim: — Por que que você vai jogar na vaca? [Responde] — Porque eu sonhei com a Cidinha. Aí falou assim: — Sonhar com a Cidinha tem que jogar na vaca? [Comenta] Eu 'tava na cozinha, eu 'tava escutando, ela falou assim: — Você não vê as peitaria que ela tem?!”.

“— E isso deixou você triste”.

“— Ah, eu não gostei muito, não. Sonhava comigo, era vaca, sonhava com o meu tio, era urso...: — Cidinha, com o que que você sonhou, heim?!”. (Maria Aparecida)

As explicações da ciência médica para o internamento da doença socialmente incorporada ao campo da exclusão ampliam o alcance da razão, recobrando-a de práticas renovadas. Preferem ecoar a dupla violência de que não há mal em deixar na incompreensão aqueles que, pelo o que seus diagnósticos supõem, não são capazes de compreender. O desconhecimento parcial pelos internos do quadro clínico que se lhes aponta pelas instituições aparece como um traço comum da história de todos os entrevistados, o que ocorre antes pela própria dinâmica de entendimento interno das ciências psiquiátricas, que têm no status das suas doenças a supressão da condição de sujeito dos pacientes, do que pela qualidade dos serviços que oferecem. As análises e resultados médicos anotados em prontuário não pertencem ao paciente psiquiátrico.

“— Aí, pegou, quando vê, a campainha na casa da minha falecida irmã, a campainha, aí a minha irmã corre lá p’ra atender a campainha, aí pegou, o meu cunhado, n’ê?, que é separado da minha falecida irmã, é separado, pegou e falou assim: — Já arrumou internação p’ra Cidinha, já arrumou internação p’ra Cidinha. Aí, quando espera um pouco, aí o filho da patroa da minha irmã, pegou e foi me buscar eu lá na casa da minha irmã p’ra internar eu, em Guarulhos”.

“— Você lembra quantos anos você tinha?”.

“— Ai, eu não me lembro mais quantos anos eu tinha, não. Aí, o médico examinou eu tudo, pegou e falou, assim, que quando eu era pequena eu comia muita carne de porco cru, e eu fiquei com problema da cabeça. [começa a pigarrear: — Eh, não vem não, heim, não vem não!] Agora vou contar a verdade. O meu falecido pai com a minha falecida mãe foi passear na casa da minha falecida avó e pegou e me deixou na casa dum colega dele, n’ê?, diz que eles ’tavam comendo frango com polenta lá, diz que não deram p’ra mim, que eu peguei e fiquei doente. Aí, o meu falecido pai me pegou, e a minha falecida mãe, me pegou e me levou num curador, e o curador explicou direito as coisas p’ra ele. Explicou que eu peguei, fiquei com vontade de comer frango com polenta e não me deram, por isso que eu fiquei doente. Aí, levava eu lá no curador, o curador me curava e não dava mais ataque em mim, naquela época eu era criança”. (Maria Aparecida)

Maria Aparecida lembra das orientações médicas que alertam para a inexistência de risco de contaminação pela epilepsia. Mas não será oportuno, no seu caso, não habilitada para o trabalho forçado na casa dos tios, atentar para tais recomendações.

“— *O médico pegaram e me examinaram, o médico pegou e falou assim: Pode ficar sossegado que esse problema dela não tem perigo de nada, não*”.

“— *Perigo de quê?*”.

“— *De pegar as coisas nos outros, de pegar ataque nos outros*”.

“— *Algum dia alguém desconfiou que podia passar para os outros os seus ataques?*”.

“— *Ah, acho que alguém desconfiou, porque levaram eu p'r'o Hospital das Clínicas*”.

“— *Ainda hoje as pessoas pensam assim?*”.

“— *Não, isso eles não pensam mais, ninguém acha mais isso*”. (Maria Aparecida)

Maria Aparecida é conhecida no Hospital Psiquiátrico Pinel pelo seu prazer em cantar e foi mesmo assim que nos conhecemos. Cantava no quarto quando da minha primeira visita a sua unidade de internamento.

“— *Quando eu te conheci você cantou um repente. Você gosta de cantar, não é?!*”.

“*[Canta à moda dos repentistas nordestinos] Meu amigo Nelson / meu Nelson, amigo que eu quero bem / quem falar da vida dele / fala da minha também*”.

“— *Posso dar outro mote?! Leite com Toddy*”.

“— *Ai não, ui! [Canta] Leite com Toddy, que eu não gosto / da vontade de passar a mão / e jogar no chão*”.

“— *Posso falar outro? Velhice*”.

“— *Aquela música: estou ficando velho / estou ficando feio / o meu coração partiu no meio. Eu não sei cantar música, e eu sei cantar música?!*”.

“— *Eu acho que sim, e todo mundo aqui fala que você é cantora*”. *[Tosse e responde como se falasse para o pigarro]* — *Ei, não vem não, com coisa na minha garganta, não. Não vem com coisa na minha garganta, não*”.

“— *Faz outro repente? Com Pinel*”.

“— *Pinel?! [canta] Eu gosto do Pinel / porque é muito bom / porque eu como de tudo / não falta nada não*”.

“— *Você lembra de alguma música da infância?*”.

“— *Eu me lembro. [Canta] Me lembro quando criancinha / minha mãezinha ralhava comigo / dizia p’ra Dona Chiquinha / esta garotinha vai ser um perigo / Contudo, falava com ela / ela obedecia não / pára menina pára / se não vai apanhar / Pára Adelaide pára / se não vai apanhar / qual nada, eu não parava / continuava sempre a correr / parecia uma vaca brava / botando os dias a amanhecer / Voltava muito mansinha / dizia minha mãezinha / por tudo peço perdão / falava, me ajoelhava / ela perdoava / e não batia não // [Canta] Não vou brincar, não vou brincar / Papai me disse que eu preciso estudar / vamos estudar meus amiguinhos / vamos estudar, não brinco mais / pois agora eu vou seguir / os conselhos de meus pais / o papai é meu grande amigo / e a mamãe é a minha flor / eles querem que eu me prepare / para o dia de amanhã // [Canta] Quero, quero, quero me casar / vivo nessa agonia / todos os amor que eu arranjo / não sei se é João, se é Maria // [Comenta] Cantava quando era pequena”.* (Maria Aparecida)

Da história de vida traçada e marcada pela lembrança da necessidade prematura do trabalho e das hospitalizações impostas, Maria Aparecida recorda o tempo de uma infância cantada. Essa premência de sobreviver, sempre primeira quanto à urgência de viver melhor, é característica que define e mesmo explica a alegria que pude ter de todas as pessoas que conheci dentro da instituição psiquiátrica. Vivem o quanto podem, talvez numa medida um tanto ainda maior do que souberam persistentemente lhes negar, sempre escorregando com estratégias e saltos de presa encurralada. Ostílio não nos ensina lição menos importante.

“— *O senhor é investigador de polícia?*”.

“— *Não, eu sou estudante de história*”.

“— *De história, n’ê?! Então ’tá muito bem, eu estudo também*”. (Ostílio)

Ostílio diz ter especial interesse pela geografia. Fala da infância marcada pela relação de apadrinhamento por Tônico Borges, o patrão, dono da fazenda onde trabalhava.

“— *Como é que era a vida lá na Bahia?*”.

“— *A vida lá na Bahia era boa, eu trabalhava com um homem muito rico, que era Tônico Borges, ele queria carimbar meus documentos como filho dele. Ele era muito rico, ele era deputado federal, empregado de Getúlio Vargas. Eu trabalhei com ele,*

ele não queria que eu viesse, n'ê?, p'ra cá. Eu olhava gado e serviço, porque tinha bastante, n'ê? Montado no cavalo, n'ê? Burro, cavalo. Morava na cidade e ia p'ra fazenda que era três quilômetros. Três quilômetros é meia légua, n'ê?, eu ia p'ra lá, cedo. Primeiro eu ia buscar o leite, depois eu trazia o leite montado no cavalo. Meu serviço era olhar gado e o serviço”.

“— E o serviço era duro, era pesado?”.

“— Não, não era não. Era olhar gado e serviço. O serviço que os trabalhador fazia e olhar gado: — Você trabalhou lá bem? 'Tá jóia. [Comenta] Eu acordava quatro e pouco e ia, n'ê? Eu almoçava meio dia. Tomava banho, trocava de roupa de novo e almoçava meio dia, e aí ia. Voltava, p'ra outro lugar, n'ê?, ver o serviço, ou senão ia ver o gado. Ia até de tarde, umas cinco horas. Aí, voltava p'ra cidade, p'r'o meu quarto que eu tinha no fundo da casa do Seu Tônico Borges. Morava na casa dele, em Macaúba”. (Ostílio)

A condição familiar dificultada pela relação conflituosa com o pai encontra no trabalho alguma segurança. Daí, o agradecimento pelo carinho e pela atenção dispensados por Tônico Borges. O respeito de Ostílio por essa memória traz a maturidade de quem preza e reconhece o valor das relações de compadrio quando todo o resto falta. Tônico, pelo que aparece na narração, respeita e acolhe o menino como pai, conforme o que à época necessitava Ostílio. A retribuição pelo funcionário vinha na forma de dedicação pessoal nas tarefas que cumpria na fazenda. Relação típica de tradições brasileiras de algumas regiões do país, o apadrinhamento tendo como contrapartida a vinculação por serviços prestados.

“— Então, os pais do senhor não moravam lá?”.

“— Não. Eu deixei o meu pai, deixei meu pai com a idade d'uns doze anos, por aí. Saí de casa porque meu pai ficava muito nervoso comigo, n'ê? Falei com ele que um dia era a última, um dia era a última, que não voltava mais, falei com ele e falei p'ra minha mãe também. Ficava nervoso comigo. Eu não podia fazer nada que ele ficava nervoso. Saía p'ra rua, ele falava e, às vezes, batia em mim. Quando foi um dia, eu discuti mais ele, falei: — O senhor é macho, mas não é dois, não, se eu lhe correr eu pego e derrubo no chão, eu não lhe bato, mas lhe dou uma queda, o senhor duvida? Falei p'ra ele: — O senhor duvida? Duvide de mim, não! Que você diz que é o tal,

mas não é. [Comenta] Falei p'ra ele (risos). Ele ficou muito brabo. Ele falou: — Menino! Falei: — Que eu vou me embora que você não vai ver eu mais. [Comenta] Falei. Depois fui embora lá p'ra casa do Seu Tônico, morar com Seu Tônico. Ele [Tônico] falou: — Eu pago bem p'ra você trabalhar”.

“— E a mãe do senhor viu essa briga?”.

“— Ela viu. Ela falou: — Pai e filho não pode brigar. [Comenta] Depois ele morreu. Ele escreveu uma carta. Viajando, fui em Mato Grosso e Campo Grande, depois cheguei na casa da minha irmã, ela falou assim: — Eu recebi uma carta, Ostílio, o meu pai falou que o filho que quiser ver ele vai lá senão não vê ele mais. Ele vai morrer. Falei: — É, mas só que não dá p'ra mim ir, nesse prazo agora não alcança, não dá p'ra mim ir. Porque aeroporto e avião, lá não tem, e outro não dá p'ra ir”.
(Ostílio)

Ostílio lembra com força de verdade a história de uma injustiça que diz ter sido praticada por um funcionário contra Tônico Borges. A recordação marca a experiência desse episódio no trabalho como ocasião em que toma para si a querela pela honra do patrão. O preconceito pelo funcionário “preto” marca a implicação pessoal no desentendimento e a lealdade ao patrão, que o tinha na conta de fiel capataz.

“— O senhor tinha muitos amigos na fazenda?”.

“— Tinha, que eu não negava nada p'ra ninguém. Só que aconteceu o seguinte, teve uns pretos lá. Que ele tinha uns engenho, engenho pode ser de rapadura, ou de açúcar, ou de pinga, n'ê? Depois, não sei como é que foi, o boi 'tava doente, ou 'tava deitado, ou 'tava cansado e deitou, e esse infeliz, desse desgraçado desse preto foi e jogou garapa quente no boi. A encrenca foi essa, n'ê? Depois, o Seu Tônico mandou eu chamar ele. Eu fui chamar ele, peguei o cavalo e fui chamar ele. Falei: — O Seu Tônico quer conversar com o senhor, e falou que o senhor vai logo que ele quer conversar com o senhor, por que que o senhor queimou o boi dele? Por que que o senhor não tirou o boi e pôs outro? Então, por causa disso o senhor vai pagar um dinheirão, vai pagar dois contos de réis do boi que o senhor queimou, falei. P'r'o senhor aprender e não queimar mais boi de ninguém, de patrão. Patrão é uma coisa muito séria, quando não é bom a gente deixa de lado, mas o Seu Tônico não merece isso. E vamos rápido p'r'o senhor conversar com ele, que eu vou ver a conversa do

senhor com ele, falei. [Comenta] Depois sai de lá. Eu falei: — Seu nêgo filha da puta, 'ocê paga o boi do Seu Tônico que eu lhe 'ranco o pescoço, seu nêgo filha da puta, se você não paga o boi dele. [Comenta] Eu fiquei danado com ele”.

“— E o Seu Tônico era bom com o senhor?”.

“— Era, ele queria que eu não viesse p'ra cá, queria ficar comigo como filho”.

(Ostílio)

Em São Paulo, Ostílio tinha um irmão com residência estabelecida. O desencontro com o parente, pelo que conta, por questão de alteração de endereço, marca a urgência de virar-se pelos próprios meios. E nesse quadro de desamparo, a instituição do Exército surge como solução pela segurança e pelo acolhimento.

“— Tinha um irmão meu que era meio fora da idéia, ele era muito trabalhador, mas era meio fora da idéia. Fortão, alto. E ficou aí por São Paulo, agora faz tempo que eu não sei dele. Eu 'tou dentro de 71, ele deve ter morrido, já. Ele veio antes p'ra São Paulo. Eu fui num endereço e não encontrei ele”.

“— E por que o senhor veio p'ra São Paulo?”.

“— Eu vim p'ra São Paulo que foi uma paixão que me deu de conhecer São Paulo. Foi uma paixão que eu tive, p'ra conhecer. Agora, não posso mais conhecer, por que eu sou detetive de polícia e não posso mais sair de São Paulo. Primeiro, eu fui p'ra Marília, Gávea, Guatinha e depois p'ra Garça e depois eu fui p'ra Santos”.

“— Falavam bem de São Paulo lá na cidade do senhor?”.

“— Falavam. Falava que São Paulo era bom, falavam do governo de São Paulo, dos paulistas que me deram a mão. O governo de São Paulo me ajudou muito, me colocou no exército, me deu estudo. Eu fiquei no Exército a base de 9 meses, com idade de 18/19 anos. No Exército é tudo amigo, na Marinha também, aquele que não for vai preso”. (Ostílio)

As cidades que percorreu Ostílio tiveram como apelo ou a busca por tratamento psiquiátrico, ou a oportunidade por uma condição mais favorável de trabalho. Conheceu vários lugares, trabalhou e teve muitas profissões.

“— *Eu sou pintor e jatista. Pintava navio, n'ê? Isso já foi na Marinha do Rio de Janeiro*”.

“— *Como é que o senhor foi p'ra lá?*”.

“— *Eu fui no trem de aço. Eu fui no Arsenal da Marinha e então o oficial falou: — O que que o senhor deseja aqui? Eu desejo serviço. —Então o senhor me dê o nome e compareça aqui amanhã. Em Santos, eu vendia churrasco, deixei a profissão de pintor, lá. Um jatista entende de eletricidade, de encanamento também, se um camarada 'tá fazendo um encanamento errado, ele entende também*”. (Ostílio)

A natureza humana é cultural e histórica, pois seu despertar é já caminhar. Julia tem, aos seis anos de idade, sua primeira institucionalização. Praticamente sem tréguas ou interrupções, seu “tratamento” ainda hoje continua. Mesmo nesse campo de trajetos controlados e planejados medicamente, o novo não deixa de vir. Julia ensina pelo vestir, pela música da sua fala, pela alegria e pelo caminhar, mas, sobretudo, pela narração repleta de uma lúcida compreensão das lógicas de funcionamento da sua instituição psiquiátrica.

“— *A senhora fez um cachimbinho aí?*”.

“— *Não, eu comprei. O canudinho hoje, eu pedi hoje p'r'o... o Zé Ferreira, já hoje lá, lá no meio dos bambu lá e peguei... ummm... um par de 7... 8 canudo... tudo bambu, quando 'tá, 'tá, 'tá já comm... comnado a ficando muito feio de sar nele... eu pego, e eu troco, e eu pego com a minha faquinha e tudo, eu corto, eu corto, e ponho outro, outro canudo limpo, eu troco. Então! Ó'i! 'Tá com fogo parece, ó'i!*”.

“— *E o fumo, a senhora tira do cigarro, ou compra fumo p'ra cachimbo mesmo?*”.

“— *Eu compro, eu compro, eu, eu cobro, eu man... eu mando comprar o funcionário, p'ra cachimbo*”. (Julia)

A instituição psiquiátrica ganha explicação no tempo histórico pelo esforço de entendimento que se faça da atividade dos sujeitos aí implicados – homens e mulheres de tempos determinados – e das outras instituições históricas (estatutárias, ou não, ideológicas, ou não) igualmente envolvidas em sua fundação e na construção de práticas. É pela própria condição do imperativo humano, que constrói e recria sua cultura por fazeres e saberes

determinados, que há tempo, aquilo que se inscreve como momento em que se produzem processos históricos e suas potencialidades de criação de futuro. O manicômio, contudo, se pretende fora do tempo. Até mesmo a disposição desses conjuntos arquitetônicos se fez por espelhamento de supostas necessidades naturais. O manicômio nunca deixou de ser alienista. Em contrapartida, não é com facilidade que as pessoas abandonam o pressuposto histórico da construção de si e do compartilhar de sentidos próprios junto aos seus. O manicômio, suas práticas de violência e medicalização desmedidas não suprimem o sentido maior da vida, como atividade, e da história de vida, como acúmulo de experiência. Mesmo uma vida inteira aí dentro será uma vida que evidenciará suas contradições, os disparates institucionais e as desigualdades. O manicômio comporta a espoliação da experiência e dos direitos de uma vida inteira, porque a ele é resguardado, social e historicamente, o poder de ser medida e parâmetro do que seja a vida. Pode esquadrihá-la com paquímetros, ou abandoná-la para morrer no pátio central. Seu pressuposto parece não se enfraquecer. De todo modo, como a política não vem por pressupostos, só pode ser provável, então, que um dia chegue a seu fim a instituição psiquiátrica nos moldes em que a conhecemos até o presente.

Julia é histórica. Sua simples presença física reposiciona o lugar do tempo a sua volta, tanto quanto o tempo da sua longa internação foi capaz de dar-lhe um corpo físico determinado e com traços precisos. Julia tem história.

“Eu cobro tudo aqui debaixo com a doutora lá, lá do caixa de papelão, a casinha dela era aqui de primeira, a casinha dela era aqui de primeiro, aí que eu desmanchava, depois nós saímos daqui, nós mudamos lá na casa do seu João, uma casinha lá no fundo, uma casinha p’ra cá, ali que é a casinha dela agora, e desmancha tudo, enxáguo tudo as caixa de leite, bem a boca bem aberta assim e joga água da torneira e joga no chão... joga no chão... depois eu pego, pego porque muito, muito no chão... jogado põe, põe, põe tudo na beirada da parede, tudo virado de boca p’ra baixo assim p’ra escorrer água, escorrer água, deixar ficar assim até amanhã, até amanhã eu pego com meu cabo de colher, com meu cabo de colher depois desmancho, desmancho de trás e da frente, põe tudo amassado, tudo amassado, tudo

amassadinho tudo assim, tudo amassado p'ra combinar, amarar bem... então, então, agora também sabe o que eu mandei falar com a orde do doutor chefe... — Doutor chefe?! Por que a gente 'tá 'tá combinando quando, quando o senhô me deu, me deu esse dinheiro, só, só cinco real, por que o senhor não pode me dar mais, mais dar mais de, de tirar o cinco, põe dá de, dá de dez... por que a gente 'tá que, 'tá que como minha irmã faz mais de um mês que minha irmã não vem visitar, depois a gente 'tá precisando comprar o isqueiro, o cachimbo quando ele quebrar, ou comprar o maço de cigarro, e a gente 'tá só com cinco e, e com cinco não dá, não dá quase tudo p'ra gente comprar... e, e eu falei cá, cá, p'ra diretorista vir até olhar e vê se...: — 'Tá trabalhando, Julia?! — 'Tou trabalhando bastante, tudo de bem e com ela? — Ela trabalha sim diz, ô doutora, ela trabalha bem todo dia aqui". (Julia)

Se são insanos para o respeito, no entanto, sempre estão saudáveis para o trabalho. O que se imaginaria justificado como tratamento terapêutico, o engodo da laborterapia, não passa de oportunismo vil. Apenas outra face da violência hospitalar. No entanto, ainda que pelo recurso ao trabalho profilático, a medicina não alcança a vitória sobre a experiência de Julia. A imposição que se lhe faz de um corpo físico é contraditada pela não sujeição do seu corpo humano. É a luta de classes pela experiência da exploração dentro do manicômio.

“— E lá no Franco da Rocha, a senhora encerava e lavava?”.

“— Encerava, quando era de fazer ordem, eu ia pegar, eu ia. Pedia licença p'ra funcionária e p'r'o enfermeiro primeiro”. (Julia)

E hoje, a reintegração pelo trabalho com fins sociais, a reciclagem – patrulha das consciências e dos hábitos –, polícia dos desejos.

“— E a vida aqui no Pinel, como é?”.

“— Aqui é tudo bom, trabalho, eu trabalho, faço serviço: — Julia, você quer trabalhar comigo aqui [na casinha de reciclagem]? Primeiro é de falar com o doutor-chefe, com as funcionária, se tem ordem. Que eu não posso trabalhar sem ordem, precisa perguntar primeiro se eu posso, se eles deixam ir”. (Julia)

As oficinas de trabalho na instituição médica psiquiátrica têm propósitos semelhantes aos das unidades produtivas do sistema carcerário. Tanto em um como em outro, o princípio e a justificativa é o da “recuperação”, no primeiro caso pelo pressuposto da reintegração social, no segundo pelo do re-equilíbrio mental. De qualquer forma, as injunções da ideologia liberal sobre a condição de reprodução da vida pelo próprio esforço dão conta de unificar perfeitamente esses dois pressupostos, e isso tanto na instituição manicomial como na prisional.

“— *E p’ra onde vai isso?*”.

“— *Depois o caminhero que vem pegar, o caminhero que vem buscar o carro, quando chega que tem muito demais elas, pega e vai falar p’r’o diretor, elas manda chamar o carrero p’ra vim buscar, tirar*”.

“— *E aí vende?*”.

“— *Não é vender não, acho que é p’ra ir levar embora daqui pro... não sei onde que leva essas caixas de papelão, p’ra onde que eles leva*”.

“— *Pra reciclar em algum lugar também, n’ê?*”.

“— *É, acho que é. E também sabe o quê que ela disse: — ‘Cê ’tá juntando muito, ’tá juntando muita, muita latinha, de guaraná, Julia? — ‘Tou, ’tou, ’tou sim, parece que já ’tou com, ’tou com... quarenta e sete, já ’tou, ’tou com quarenta e sete lá na minha casinha, fica aqui na minha casinha, aqui guardado. [Dirigindo-se a mim] E você pode vir amanhã, ’cê pode amanhã passar de combinar de trazer quando ’tou aqui amanhã, ’cê pode me trazer aqui, e eu vou marcando quantas o senhor vai me dando mais, as caixas de latinha*”.

“— *E onde que a senhora pega as latinhas? Onde que a senhora consegue as latinhas?*”.

“— *É latinha, lá: Eh, Julia! [Comenta] Na casa do seu João, quando, quando vai jogar fora. Jogar no lixo: — Ó’i comigo uma latinha, ó’i toma! [Comenta] É, eu guardo na casinha dela lá, casinha dela*”.

“— *Aí leva p’ra reciclagem?*”.

“— *Lá embaixo na casinha dela. Então, então, eu pego, pego com sacola de plástica.... é sacola de plástica... e....e... pega... e já tanto dia, assim, tanto dia assim já de latinha de guaraná. E quando for: — Dá licença seu funcionário. Esse carro lá,*

de chegada o homem chefe de carro: — Saco cheio de latinha aí, é tudo da Julia, é tudo da Julia que juntou, 'viu?! Agora o senhor 'tá precisando cobrar, de pagar p'ra ela, ó'i! [comenta] Ele me pega e paga dinheiro p'ra mim”.

“— Paga direitinho?”.

“— Paga”.

“— Mas paga os cinco reais, ou paga quanto?”.

“— Ou, ou cinco... ou, ou quinze. Ou vinte e cinco”.

“— E aí, com esse dinheiro, dá p'ra fazer o que, tudo, Dona Julia?”.

“— Dá p'ra comprar só os maço de cigarro, maço de cigarro. Senão quando vem faltando os isqueiro, porque um dia ela pegou quando eu não dava o meu dinheiro, por que ela pegou e me cobrou de trazer p'ra mim a minha empregada da minha casinha lá... de desmanchar, ela me trouxe um pacote desfiado e trouxe um toco, maço de cigarro, e trouxe os isqueiro cheio de gás p'ra mim, ó'i aí ó'! Ela que me comprou”. (Julia)

O manicômio tem vários funcionamentos e práticas de relação com os pacientes, e a administração desses encaminhamentos é informada também pelo tempo de internação dessas pessoas. Julia tem mais de 60 anos de instituição psiquiátrica e não teria alcançado esta marca com desatenção para as exigências da lógica manicomial. Contudo, nem por um momento, deixa de contrapor obstáculos aos percursos impostos. Aí, sua idade é acúmulo de experiência, e mesmo recurso para a correlação de forças que interpõe. Sua figura é forte pela própria presença. Julia atravessou tempos de entendimento e políticas para esse setor e sobreviveu a mais de um hospital e a várias diretivas de gestão. Sofreu violências impensáveis. Até onde sua memória alcança, o manicômio está presente. As lembranças das internações suplantam as lembranças mais antigas. O manicômio é sua vida e, contudo, não a ultrapassa. Se Julia sobreviveu a esse longo tempo de permanência no sistema psiquiátrico, não foi sem impor resistências e antecipar soluções para problemas previsíveis. Sua sabedoria foi também antecipatória frente aos saberes e práticas manicomiais.

“— Dona Julia, a senhora lembra da infância da senhora? Como é que foi a infância da senhora?”.

“— Que que é infância?”.

“— O período quando a senhora nasceu, mais próximo da época quando a senhora nasceu, quando a senhora era bem pequinininha?”.

“— É, desde pequinininha, quando meu pai e minha mãe quando era viva ainda, é”.

“— A senhora lembra desse período?”.

“— É. Período em que meu pai me internou, me internou lá onde que eu 'tava internada, onde que era de primeiro, onde que era, quando era lá do Franco da Rocha, do Franco da Rocha. Depois, ela tirou de lá e pôs aqui mais perto que ela mora de aqui em cima, aqui em cima, mora aqui mais perto, a minha irmã. É. Porque eu sofria, eu sofria de ataque, por isso que meu pai me internou no hospital, porque eu sofre de ataque, de crise”.

“— Que ataque Dona Julia? Que tipo de ataque a senhora sente?”.

“— De ameaço ou crise, ou... ameaço, porque quando eu, quando caí, sentava, deitava lá no recreio, quando eu ficava deitada, deitada, assim, quando com a cacára, com a cara e a cabeça no chão, assim, quaquase caí e ficava dando com a cocóta e, e a cabeça assim machucada. 'Cê viu aquela vez? Cai no chão é... é. Quando eu percebe, quando eu percebe o medo, o, o medo, eu paro sentada, agachada, assim. Quando eu perceboro eu, eu baixo agachada... p'ra não ficar de, ficar de jeito, ficar de pé assim, quando 'tá percebendo mesmo... [Neste momento Julia se levanta e exemplifica como costuma fazer no momento precedente ao ataque] Fica assim, senão capaz de vez cair assim, senão cai de vez assim, senão capaz de com a cabeça machucada, ralando, machucar, machucando, ralando, ralando, com a cabeça assim... perigoso! Se... se não, não pega, fica deitada, aqui em... em cima da tábua do banco assim... eu fico deitada assim”.

“— Costuma acontecer ainda hoje?”.

“— Muito, muito”. (Julia)

A epilepsia de Julia, razão do seu internamento sexagenário, é diagnóstico ausente da sua documentação médica, quando muito aparece secundariamente e como fator menor nas anotações cotidianas pela enfermagem. Ao longo da sua carreira hospitalar, saberão sempre

reduzi-lo à irrelevância. A instituição psiquiátrica não cuida de questões médicas. É antes esse o problema, e menos uma ação de perseguição programada contra o diferente.

“— Quando o meu irmão brigava dentro de casa, o meu irmão em mim, assim, meu pai pegava esses couros, couro de cinta, e batia com couro todinho no meu irmão, meu irmão apanhar, meu pai fazia assim”.

“— E o pai da senhora era bom p’ra senhora?”.

“— Era sim. Mas minha mãe, quando começou de ruindade, era bem nova, pegava meu irmão e comprava pinga, pinga de casa p’ra ela, ela tomava, minha mãe. E minha mãe até brigava com o meu pai. Quando o meu pai chegava, eu contava p’r’o meu pai: — O meu irmão, o José, foi comprar pinga p’ra mamãe. Chegava até a chamar o policero Garcia: — Ô Dona Isabel, que que a senhora ’tá fazendo de tomar essa pinga! Não tem que fazer isso não! Se a senhora continuar tomando, se seu marido dizer p’ra mim assim, vou colocar a senhora na cadeia, trancada! [Comenta] E trancava ela na cadeia, minha mãe”.

“— E chegaram a colocar ela na cadeia?”.

“— É. Ficava só eu com meu pai, ficava assim, tudo bem. Minha mãe não era brava, não, só quem era bravo era meu irmão. Eu contava p’r’o meu pai quando ele fazia. Ele ficava de brigar”. (Julia)

A capacidade de rir não deixa de ser uma potencialidade histórica, ao mesmo tempo em que abre a história para outros possíveis. Julia ri bastante e com uma meiguice difícil de explicar em texto. Desse movimento do seu Ser, evidencia-se um sentido forte da entrevista que me concedeu, como que uma prévia reversão de qualquer rótulo de apatia que se lhe pudesse impor em resistência pela vida. Julia tem serenidade e calma impressionantes, e também é triste. A composição de todas essas impressões e características, por mais abstratas que possam parecer aqui, dão a ela uma presença enorme. O riso de Julia é ainda mais emblemático no conjunto da sua figura arqueada. Julia também canta as cantigas que pôde aprender no curto período do tempo da “infância”, os seis anos longe do internamento, que, se não fazem sentido em palavra ou como conceito, vêm repletos de percepções fortes como campo da sua formação humana. Talvez mesmo a sobrevivência desse período em sua

lembrança seja uma marca de resistência, ainda maior, se observarmos suas responsabilidades na partilha dos trabalhos domésticos, que conheceu, fartamente, já nessa época.

“— *Dona Julia, deixa eu perguntar p’ra senhora de novo. Quando a senhora era bem pequenininha, que tipo de brincadeira a senhora gostava mais de fazer? A senhora brincava de boneca?*”.

“— *Eu brincava de, de fazer serviço de casa p’ra minha mãe. Fazer serviço p’ra minha mãe, eu encerava, eu brincava de quando acabava o serviço e acabava de fazer o serviço, a louça, encerar o quarto da minha mãe e tudo, de...depois eu brincava, tinha a minha irmã, tinha a minha irmãzinha, a, a Elisabete, eu brincava, tinha o meu pai fazido... de balanga dentro de casa, então eu balangava dentro de casa. [Canta] Você gosta de mim, papaiê / eu também de você, papaiê / vou dizer ao senhor, papaiê / para casar comigo, ô do papaiê! // [Comenta] Nós cantava assim, eu com a minha irmã, cantava assim*”.

“— *Cantava p’ra ele?*”.

“— *É, cantava assim, no balango da casa dele, falava o nome dele assim*”.

“— *Tinha um balanço lá?*”.

“— *É, tinha um na casa, meu pai que tinha fazido*”.

“— *Ele que fez o balanço?*”.

“— *É, meu pai dentro de casa*”.

“— *E dava p’ra sentar vocês duas ao mesmo tempo?*”.

“— *Dava, uma tábua, largura assim*”.

“— *Ah, uma tábua larga?!*”.

“— *Eu sentava num e ela sentava noutro assim*”.

“— *E balançava e cantava?*”.

“— *Cantava, cantava*”.

“(Risos) — *Que tipo de outra música a senhora cantava? Quais outras músicas?*”.

“(Canta) *Ceranda, cerandinha / vamo todo cerandar / vamos dar a meia volta / vorta e meia vamos dar // E o anel que tu me deste / que era vidro se quebrou / a amizade que nascia / que era pouco se acabou // Por isso do... papai / faz favor de entrar na roda / diga um verso bem bonito / diga adeus que vai-se embora*”.

“— *Bonito, não?!*”.

“— *É [com alegria]*”.

“— *Que outra, que outra mais a senhora cantava?*”.

“(Canta) Foi no itororó / beber a água não achei / achei belas meninas / que no itororó deixei // Onde vai ô bela / do bela menina / entra lá na roda / ficará sozinha // Sozinha não fico / que é de me ficar / de me escolher meu papai / para ser meu papai // Tira, tira teus pezinhos / põe aqui juntinho meu / que depois não vai dizer / que você se arrependeu”.

“— Que bonita essa também!”.

“— Então [com alegria]”.

“— Então a senhora gostava de cantar?”.

“— Eu cantava, eu cantava, eu cantava, então”.

“— Só no balanço que a senhora cantava ou...?”.

“— Eu cantava com a minha irmã”.

“— Sempre com a irmã da senhora?”.

“— É”.

“— E aí então a senhora trabalhava, limpava a louça, encerava o chão”.

“— É”.

“— E quando podia, ia lá no balanço brincar?”.

“— É, eu encerava sim... encerava tudo o quarto p’ra minha mãe”.

“— Que mais a senhora gostava de cantar?”.

“(Canta) Terezinha de Jesus / que abre a porta vê quem é / era um homem pequenino / que tem medo das mulher // Da laranja quero um gomo / do limão quero um pedaço / das boquinha mais bonita / quero um beijos duns abraços // Fui no itororó / beber água não achei / achei belas meninas / que no itororó deixei // Onde vai ó bela / do bela menina / entra lá na roda / que ficará sozinha // Foi indo p’r’um caminho / me encontrei dum jacaré / pisei no rabo dela / me mandou tomar o café // Foi indo p’r’um caminho / me encontrei duma elefante / pisei no rabo dela / me mandou tomar os purgante // Foi indo p’r’um caminho / me encontrei duma coruja / pisei no rabo dela / me xingou de cara suja”.

“(Risos) — Essa é boa, heim?!”.

“(Risos) — Então”.

“— E esse tempo era bom, Dona Julia?”.

“— É”. (Julia)

O tempo existe pelas instituições humanas e é sempre instituinte. O passado, o presente e o futuro são experiências de realidades humanas, constituídas reciprocamente. No hospital psiquiátrico, a naturalização do tempo como tempo único da natureza do corpo, ao seu entendimento, preexistente e sem mediação pela cultura histórica, não passa de outra face da violência institucional desses lugares. A tranquilidade sem contradições que se pretende – no abuso da medicação e da coação, ou pelo projeto arquitetônico por uma calma bucólica – não é irrompida apenas pelos gritos ou sofrimentos de cada um aí dentro. Não há tranquilidade porque também as contradições nunca deixam de aparecer. A vida no manicômio é também experiência compartilhada. O contrário disso é o que constrói a ideologia da imagem clássica do paciente “ausente” porque impregnado por forte medicação psiquiátrica. Precisamos entender a produção histórica dessa representação. Aceitar essa imagem como verdade empírica seria submeter as vítimas desses medicamentos ao total abandono. O corpo não se resume ao argumento biológico. O corpo é humano. Daí, no manicômio, a prática instintiva de submeterem pacientes a um fazer coisa alguma, ou quando muito, fazer a atividade planejada. O tédio é medida de temperança e dietética dos espíritos, é enlouquecimento programado pelo meio menos médico ou científico que poder-se-ia imaginar, é sofrimento pela simples reclusão. O encarceramento é o primeiro e maior sentido da instituição psiquiátrica dos nossos dias. É o que se justifica por uma sociedade incapaz de incorporar outro tempo que não o da cultura da organização e da competitividade.

“— E como é a velhice, Dona Julia?”.

“— A velhice eu não sei se eu conheço. Não conheço o que que é”.

“— Como é que é ter mais idade?”.

“— Isso eu não sei”.

“— Como é que a senhora se sente nessa idade?”.

“— Nessa idade, só de ficar parada, sentada, descansando, descansando, quando acabava o serviço, senta na cadeira, na porta da frente e ficar sentada. E na minha

casa, era só minha mãe que lavava a roupa de casa tudo, só minha mãe que lavava. Eu só encerava e lavava as louças p'ra ela”.

“— A senhora já ouviu falar que alguém é louco?”.

“— Não”.

“— E a senhora já ouviu falar sobre loucura?”.

“— Não”. (Julia)

É pelo estudo da experiência que temos a noção de cultura da loucura como prática histórica que funda produções e sentidos no mundo, bem como expressa contradições, conflitos, modelos e paradigmas hegemônicos. Expressa também o pensamento dominante, as resistências, tensões teóricas e transformações políticas, sociais e econômicas, todo um modo de vida. Não se trata de qualificar a cultura, mas antes de evidenciar percursos, pelo que se definem as opções de homens e mulheres no campo de fundação de espaços históricos determinados na cidade em que vivem.

São diversos os percursos dos sujeitos aqui entrevistados. Caminhar na direção de um entendimento crítico sobre suas experiências exige antes refletir sobre a forma de suas participações junto ao poder histórico e social do lugar e tempo em que vivem e viveram. Das narrativas orais aqui arroladas, temos um quadro histórico de lutas sociais, desigualdades, conquistas, muitas derrotas, mas também a recuperação de direitos por saberes e fazeres próprios, pelo que se refundam outros terrenos de disputas políticas. Pelas narrações que testemunham assimetrias no acesso à justiça social e econômica, no acesso aos bens culturais, observa-se outros processos de reconstituição do espaço dessas lutas, outras significações culturais como reconstituição e ampliação da sociedade política, a evidência na história de outras vozes e sujeitos políticos. É a ação autônoma desses homens e mulheres que se procurou refletir. Se se souberam em condição de desvantagem no processo contraditório da realidade em que vivem, fizeram-no pela afirmação e saber de um direito que não permitem

usurpar, a própria condição de sujeitos. A oralidade de traços marcantes é potencialidade que surge pela luta e disputa por esse direito.

'Cês pensam que eu 'tou aqui é porque eu não compreendo esse povo, eu compreendo.

“Ó'i! Pronto! Eu pus a pedra aqui, bem embaixo. Pus a pedra. 'Tá bem aparada a minha pedra”. (Julia Kluiber)

“(...) porque o pensamento dialético é o pensamento do Ser-visto, de um Ser que não é positividade simples, Em Si, nem o Ser-posto de um pensamento, mas manifestação de Si, desvendamento fazendo-se...”.
(Merleau-Ponty; o visível e o invisível, p. 93)

“A gente faz mesmo da cabeça da gente história de vez em quando, não?!”.
(Ivone Orsini)

O manicômio é a extrapolação da lei, o horror de qualquer sociedade, ao mesmo tempo que também uma possibilidade pela sua supressão total, o extermínio da política. Como instituição plenamente incorporada à sociedade antidemocrática, é o que de pior o legalismo pode alcançar. E como prática totalitarista, é o fim da segurança política pela lei não estabelecida igualmente por todos.

Não há segurança no manicômio. A própria história de cada paciente é o que primeiro se nega. Retrospectivamente, a vida de cada um aí será reconstruída pelo horror mais arbitrário, a supressão completa do direito aos sentidos da própria fala. Não há segurança na condição de interdição, o próprio testemunho não serve. O velho asilado e beneficiário da assistência social ou merecedor de proventos de aposentadoria é um caso anunciado de interdição judicial. A demanda por maiores cuidados e o sentido de conveniência da parte dos familiares justificam e legitimam o interdito.

Quando o manicômio passa a ser lugar de uma freqüentação nossa mais estreita, logo nos damos conta desses funcionamentos. São os internos que os evidenciam em suas narrativas. É a tortura com a observação atenta e impassível da vítima. A situação muitas vezes não permite resistência imediata, entretanto, as resistências são várias, cotidianas e

presentes em cada gesto, em cada sentimento, em cada sorriso, em toda a contundência de suas falas.

E, assim, a um só tempo, o manicômio pode e não pode tudo. Seu poder, histórico, é sempre localizado. Ele flerta com a essencialidade da dor psíquica, pelas arbitrariedades que move. Está sustentado num conjunto de relações e processos bastante definidos, encontráveis nas políticas de homens e mulheres igualmente localizáveis, e por isso deve ser compreendido no campo da história. O manicômio não é produto de um princípio, resultado ou execução de um conjunto de prescrições pensadas que se desdobram como suas conseqüências previamente antecipadas. O manicômio é produção histórica. E é por um poder também histórico e determinado que discutidores do psiquismo essencial se pronunciam de dentro dele como se falassem a partir de lugar algum. A história dos manicômios constitui e reproduz princípios, dentre outras produções materiais históricas. O estudo desse campo de forças sociais pode evidenciar as desigualdades, o fortalecimento de pensamentos e academicismos hegemônicos e segregacionistas, a inaudibilidade de vozes dissidentes, a invisibilidade de alternativas políticas pelos que resistem às práticas aí estabelecidas, bem como eventuais iniciativas democráticas isoladas. Em suma, o estudo dessa cultura, evidencia um modo de viver que perpassa, mas que também se explica pelos fazeres e saberes aí aplicados, ao mesmo tempo que são dele originários. São dimensões da vida asilada que se expressam por sonhos, desejos, dificuldades, sofrimentos psíquicos, esperanças, sentimentos, emotividades, indignações e reações às violências aí praticadas. É a própria experiência de vida que se mostra pelas narrativas orais das pessoas que vivem nos manicômios da cidade de São Paulo aqui pesquisados. E pelas suas experiências, é possível um entendimento e uma explicação do que sejam esses lugares.

Brasil Amarante de Almeida era 2º Sargento da “*Força Policial do Estado de SP – 1º Batalhão de Caçadores*” quando foi internado em 24 de abril de 1945, aos 35 anos. A esposa

de Brasil Amarante solicita ao Hospital Psiquiátrico Pinel uma licença de 120 dias para o marido e a obtém. Após esse período, recebe uma carta da instituição requerendo o pronto reencaminhamento do paciente. Responde ao médico responsável informando da impossibilidade disto por se encontrar enferma e, nessa mesma oportunidade, segue sua solicitação de prorrogação da licença para mais 60 dias. O deferimento é concedido, apesar de constar no estatuto do Hospital Pinel naquele momento uma cláusula que limitava em 120 dias o período máximo de licença para qualquer paciente. Transcorridos todos os prazos, aparece no prontuário a seguinte carta da esposa:

“São Paulo, 4.11.1946. Sr. Ézio. Saudações. Venho por intermédio desta, comunicá-lhe, e bem assim, à direção desse hospital, que não me é possível internar, finda a licença, o doente, que é meu esposo Brasil Amarante de Almeida, pois o mesmo, recusa-se a isso terminantemente. Obrigá-lo a tal, jamais eu o faria, que isso iria de encontro aos meus sentimentos de amor e respeito que a ele dedico, pois que ele sempre foi um homem honesto, e um exemplar chefe de família, e por isso, doente agora, será para mim um dever e um prazer tê-lo comigo. Ao senhor, a quem sempre considere, um dos mais corretos funcionários desse hospital, dirijo-me agora, pedindo-lhe, para falar com o Sr. Dr. Diretor desse mesmo hospital, para que seja enviada com urgência a informação sobre o doente em questão ao Juiz que a solicitou, para a interdição judiciária, pois agora, que tenho um filho, preciso receber os vencimentos do meu esposo, legalmente, isto é, com autorização do Juiz, que é permanente. Tenho recebido tudo muito bem, mas um dia exigirão tudo dentro da lei. Com os meus sinceros agradecimentos, subscrevo-me respeitosamente”.

Os termos aí apresentados, bem como as razões e justificativas que se detalha à instituição, ganham mais esclarecimentos por um outro documento também anexado ao prontuário de Brasil Amarante, uma carta sua à esposa. Por não termos tido acesso ao envelope, que poderia nos informar de alguma anotação de envio e data pelos Correios, ficamos sem saber se essa carta consta em prontuário por ter sido apresentada pela esposa em visita ou, então, por jamais ter sido postada. É provável que a segunda hipótese seja a mais

acertada, haja vista termos deparado, em outros casos da mesma época, com situações semelhantes, como prontuários que trazem postais e missivas endereçadas aos internos. Parece ter sido uma prática comum, à época, a censura em via de mão dupla na comunicação entre familiares e pacientes, sobretudo quando o assunto tratava de expressar insatisfações e queixas.

A carta:

“Pirituba, 22 de abril de 1946. Eu, todos os momentos, tenho expressado inteiramente o meu contentamento pela reação de Flavius Antonio contra a morte pela asfixia, e pelo teu êxito no parto, apesar de todos os sofrimentos. Isto pelo menos dispensa palavrórios escritos, o que, pouco ou nada significam.

Quanto a minha situação referente a saúde, é boa. Espero-te, porém, certo de que me venhas tirar-me com licença ou alta, assim que terminares a dieta.

Como sabes, sempre fui cioso da minha dignidade, por isso, peço que trate de todo o caso, falando unicamente o necessário e com quem dê direito. Mesmo que eu nada tenha na vida, senão calúnias vil, de gente miseravelmente baixa, que se aproveitaram, da minha impossibilidade de reação, devido a falta de direitos extensivos aos insanos.

Quando houver tratado de todo o caso, traga-me no hospital, o meu chapéu, já reformado; o meu caderno de contos e crônicas, dois trabalhos publicados no “distrito”, para eu tirar a caderneta de jornalista; a faquinha para minha defesa própria, se houver necessidade, e dinheiro suficiente para tomar o trem e viver temporariamente numa fazenda que conheço, a fim de compor o livro, pois já tenho matéria suficiente para tal.

Ao terminar esta, envio lembranças a todos daí, fazendo ardentes votos, para que todos continuem gozando de boa saúde e muitas felicidades. BRASIL”.

Voltam reiteradamente os temas relativos à negação de autonomia e à prepotência da instituição em desconsiderar opiniões, desejos e sentimentos dos pacientes, assim como suas percepções quanto à situação da própria saúde. O recurso aos esforços da esposa, pelas explicações e o tom em que se sustenta, evidencia uma condição de internamento que não se

conduz pelas próprias necessidades de saúde do paciente. Outros esclarecimentos e elucidações sobre o caso, como o histórico que o encaminha à internação, o processo judicial de interdição mencionado acima e seu interesse pelas letras, temos pelo acesso a uma carta sua, escrita durante o período de reclusão e endereçada a um médico do próprio hospital.

“Ao Sr. Dr. José Malta de Camargo. Hospital Psiquiatra Pinel. Pirituba, 5/3/946.

Meus cumprimentos.

Visto poder discernir com maior clareza minha situação, vejo-me obrigado a escrever-lhe para esclarecer a razão do meu internamento nesta dependência do “Departamento de Assistência aos ‘Psicopatas’”.

Acredito não haver sido explicado a contento, o que redundará, naturalmente, na mais grave falha da ciência, suscitando interpretações puramente desairosas a meu respeito. Ao mesmo tempo, sinto-me no dever de colaborar no sucesso da minha cura, se houver possibilidade de cura.

Para facilitar, sobremaneira, as pesquisas da minha vida anterior, eu apresentaria, com sua licença, a sugestão, a meu ver, mais acertada. Consiste, em mandar extrair, para Juiz de direitos, uma cópia da certidão de meus assentamentos, no 1º B. C. da Força Pública. A ciência por si mesma é positivista, e deve beber na fonte da verdade pragmática e não dos diz-que, diz-que, apaixonados e infundados. Assim ela deixaria de ser ciência, para ser veículo do ódio. Caso não o desejais fazer, se quiserdes, poderá basear-se por esta rápida exposição: — A 16 de janeiro de 1930, verifiquei praça na referida unidade desta milícia. Não fui o melhor soldado, em compensação, cumpri meu dever de militar e cidadão, a medidas das minhas possibilidades, dentro das mais variadas situações da vida. Reconheço, por isso mesmo, com a mais sincera de todas as sinceridades, que não fui o pior de todos. Nos dias trabalhosos da paz, e nos penozíssimos dias das revoluções, não deixei perecer os afazeres conferidos na esfera das minhas atribuições. É verdade que ninguém foge a velha regra militar e, como todos, sofri repressões, detenções, e, até mesmo, prisões correcionais e políticas. Apesar de tudo, continuei militando como soldado; como cabo e como sargento. Ora escalado como monitor de infantaria; mestre de armas, dando lições de educação física e esgrima. As vezes, atuando como escrivão de “J. P. M.”, em outras ocasiões, prestando meu concurso nas guarnições, diligências, serviços extraordinários, assim como, a maioria dos velhos sargentos da Força Pública.

Eu era, porém, escrupuloso em demasia, tinha desejo de vencer todas as dificuldades, pela esmerada honestidade, na execução de um trabalho, por mais rudimentar que parecesse.

Isto fazia com que aumentasse, dia a dia, as minhas ocupações, assim como, as responsabilidades. Tirava-me amiúde, o direito de receber alimentação, nas horas regulamentares. Nas minhas noites de folga, levava para minha casa, certos serviços [grifo meu] como fossem: — Planos de trabalho, programas de instrução, lembretes, lições de educação física e para dar cumprimento a tudo, trabalhava até altas horas, consultando livros e regulamentos. No afam de produzir mais, fazia-o com rapidez. Tendo notado algumas falhas nos cálculos e modelos desses papéis, perdi a confiança em todo trabalho que fazia. Comecei a sentir fortes dores de cabeça; formigamento na sutura metópica; fiquei nervoso contraindo os músculos faciais; agravou-se a otite media conjuntiva bi-lateral, deixando-me surdo, sofria e sofro ainda, agudíssimas pontadas nos glóbulos oculares e depauperamento cerebral.

A vontade de espairecer, espantar as preocupações que se acumulavam em meu bestunto, comecei a tomar, antes das refeições e dentro de casa, um “mata-bicho” de pinga.

Mais tarde, comecei a ter visões de grandes cadernos se desfolhando no ar; enormíssimas canetas-tinteiro voando como zepelins; gigantescas máquinas de escrever correndo pelos trilhos das ferrovias, tique-taqueando suas teclas; vozes de comando e tiroteios. Nada disse a minha esposa. Ela ficaria, talvez preocupada, e nada podia fazer por mim.

Conto tudo isto, unicamente, ao médico, porque só a ele se conta a doença, como o pecado ao padre e o crime ao advogado.

Afim de me restabelecer, pedi transferência para uma unidade do interior, onde encontraria oportunidade para me destacar numa cidade repouso. Meu requerimento foi indeferido.

Requerei seis meses de licença-prêmio concernente ao primeiro decênio de incorporação e cujo despacho foi: — “Aguarde oportunidade”. Recorri então, ao terceiro e único meio disponível baixando ao H. M. Meu estado de nervos era, creio, dos piores. Duas vezes, por pequenos lapsos de tempo, me faltara a memória. Viajava no Bonde de Santana e me achava sentado, para meu bem ou mal, não caí. Ao voltar desse transe, percebi não ser notado; ninguém olhava para meu lado; não despertei atenção da “Canalha da ruas”. Naquele estabelecimento de saúde (H.M.),

estive cerca de três meses, onde, sob os cuidados do prestimoso Dr. Orestes Barini, fiz um tratamento adequado. Obtive, com minha alta, uma licença (trinta dias ou três meses), durante todo esse tempo permaneci dentro de casa, não podia, apesar da surdez, ouvir o chuí provocado pelos barulhos dos bondes e automóveis.

Terminada a licença, voltei ao quartel. Fiquei trabalhando na guarnição sob a observação médica. Um dia, por questões puramente militares, briguei e fui reconduzido, por ordem do facultativo do B. C., ao referido Hospital. Nessa ocasião, um soldado copeiro, português, bajulador, liberdoso e protegido, tentou brincar comigo e sem que eu lhe desse atenção ou razão para tal, ofendeu minha moral. Perdi a razão e atraquei-me em luta corporal com esse soldado de nome Antonio Alves, agarrei-o pela garganta, atirando-o contra a grade de um patamar situado no segundo andar do prédio. Depois de livre, ele negou haver dito qualquer palavra de sentido pejorativo e foi a administração afim de apresentar queixa verbal. Em vista disso, redigi uma parte pormenorizando o acontecimento a qual daria partida ou razão a abertura de um “Inquérito Policial Militar”, afim de apurar a origem da ofensa (calúnia), se Alves e testemunhas agindo hipocritamente, não tivessem negado ao Dr. Barini, a existência de qualquer ofensa a moral. Logo a seguir, foi providenciada minha remoção para este Instituto.

Não quero, em absoluto, inocentar-me, não me interessa essa pretensão, mesmo porque, se sou pior do que dez por cento, reconheço que sou mais virtuoso do que noventa por cento da humanidade.

Estou certo, bem certo aliás, ter compreendido os deveres para comigo mesmo; para com a Pátria e para com a família.

Aproveitando esta oportunidade, solicito encarecidamente, a vossa digna pessoa, anexar esta carta aos demais documentos, referentes a minha enfermidade. Sem mais, peço desculpar-me o atrevimento de lhe haver escrito, desejando-lhe ao mesmo tempo, e a sua família, muitíssimas felicidades.

Seu A.º Ob.º Brasil Amarante de Almeida”.

A maneira como expõe a própria situação – pela análise crítica da instituição, da organização da sociedade e do próprio tratamento, ou pela clareza quanto às relações de poder e arbítrio às quais está submetido – poderia passar por exceção dentro de uma instituição psiquiátrica. Na verdade, não foi outra maturidade que encontrei em todos os prontuários

pesquisados, fossem de tempos passados ou atuais. Também não foi outro o sentimento presente nas narrativas daqueles que conheci e entrevistei. O manicômio alcança seu pior desígnio na produção de uma imagem dos internos como indiferentes à situação a que estão expostos cotidianamente, porque supostamente incapazes de perceberem a si próprios. Assim, por essa inversão lógica, teriam precisamente o merecido, o abandono da instituição como imagem refletida do abandono que teriam por si mesmos. Mais uma vez, o efeito pela causa. Desacreditar por essa ideologia médica as falas dessas pessoas seria duplamente acintoso, uma vez que sabemos se encontrar aqui a maior e, em muito casos, a única forma de expressarem sua resistência. A condição de envelhecimento dentro de asilos psiquiátricos exige atenção redobrada para isso.

Julia fala das injustiças da primeira internação no Hospital Juquery.

“— A senhora lembra com quantos anos foi internada a primeira vez?”

“— Foi internada quando eu tinha de, de, de, de seis anos, seis anos”

“— Foi a primeira vez?”

“— É”

“— Foi lá em Franco da Rocha?”

“— É, meu pai me pegou e me internou lá, que eu sofria de ataque, dentro de casa”

“— E a senhora lembra bem desse período em que a senhora chegou lá?”

“— Lembro”

“— Como é que foi, Dona Julia?”

“— Ah, eu lembro lá quando eles me judiaram, me fizeram ma... maguça em mim lá, fizeram ma... maguça em mim, fi... fizeram injeção em mim, não bedeceram em mim nada, de maguça em mim lá, e, e pegaram, depois não jantava, nem almoçava, nem tomava café, deitava só no banheiro”

“— Lá em Franco da Rocha?”

“— É. Franco da...: — As funcionárias faz o favor de, de chamar o chefe... Rocha. Depois pegou e...: — O médico, que a senhora 'tá fazendo o combinado com a minha irmã judiando aqui, vou pegar vou mandar p'ra um outro hospital mais melhor. [Comenta] Minha irmã tirou e tirou mesmo, me pôs aqui e ninguém 'tá me fazendo nada, não maguça em mim nada, ó'i!”

“— *Ninguém magoa, ninguém machuca?*”.

“— *Não, não. Também não bate, não brigo com ninguém*”.

“— *Entendi. E quanto tempo a senhora ficou lá em Franco da Rocha?*”.

“— *Quanto fiquei?*”.

“— *Quantos anos?*”.

“— *Fiquei, fiquei quando tinha de 16*”.

“— *Até os 16?*”.

“— *É*”.

“— *E aí depois a senhora foi p'ra onde?*”.

“— *Aonde que eu fui? Aí eu fui, veio mudado p'ra outro hospital. Minha irmã pôs um... mudado p'ra cá, e agora eu quero um dia, um dia quando conversar no telefone, com minha irmã no telefone, quando no telefone vou contar, porque só ela que sabe que já subiu, já subiu o negócio dos meus anos... quando de encontrado com ela, vou falar: — Eh! 'Cê faz o favor de falar p'ra mim quanto que eu já tenho, quantos anos, quantos anos, não sei quanto que eu já tenho dos meus anos, quem sabe é você, que já subiu os meus anos, eh! Faça o favor, 'viu?! Senão falo com meu irmão! Meu irmão, João Kluber*”.

(Julia)

Com data de 28 de fevereiro de 1984, consta, anexado ao seu prontuário do “arquivo morto” do Hospital Pinel, um processamento de inventário. Julia Kluber é citada pelo oficial de justiça.

“*CERTIFICO E DOU FÉ, eu, Oficial de Justiça infra assinado, que em cumprimento ao presente Mandato, dirigi-me à Avenida Raimundo Pereira de Magalhães, n.º 5.200, e sendo aí no Hospital Psiquiátrico Pinel junto – à Dra. Imelda e a enfermeira Irma, CITEI a suplicada Julia Kluber, do qual li a petição inicial do seu inteiro teor, mas que a suplicada não entendeu nada daquilo que se estava sendo lido, somente reconhecendo o nome de seus pais E. P. K. e J. K., tendo deixado cópia em mãos da enfermeira Irma para ser entregue a irmã da Suplicada, quando ali comparecesse, sendo que a mesma é interna ali desde o ano de 1974, conforme informações da Administração do Hospital, a mesma não sabe ler e escrever, tem olhos verdes, cabelos castanhos claros, mais ou menos 1,68 de altura, aparentando ter uns 68 kilos e com 46 anos de idade.*

São Paulo, 16 de Dezembro de 1985. Oficial de Justiça Maria de Fátima Sagretti”.

— *À vista do certificado, o MM. Juiz que preside a Ação do Inventário, determinou providenciar no sentido de INTERDITAR a herdeira doente”.*

— *A informação prestada pela médica responsável e verificada pelo Sr. Oficial de Justiça é, de fato, indicativa de incapacidade irreversível diante do que – vem a Requerente requerer a decretação de sua interdição, com fulcro no n.º 2 do art. 5º do Código Civil c/com o n.º 1 do art. 446 do mesmo diploma legal que sujeita a curatela os loucos de todo gênero.*

II – Não tendo descendentes ou ascendentes e sendo solteira, compete à ora Requerente a curatela – art. 454 - §§ 1º e 2º do Código Civil para substituí-la em todos os atos que se fizerem necessários à sua presença.

III – Isto posto, nos moldes do processo estabelecido nos arts. 1177 e seguinte do Código Civil, requer a Requerente a CITAÇÃO da requerida, nomeando-se Curadora Especial, válida para todos os atos e termos processuais, protestando a requerente pela produção de todas as provas admitidas em Direito, desde já requeridas, aceitando a requerente o encargo da curatela, bem como o de administradora provisória, esta a ser deferida pelo MM. Juiz logo após a interrogatório da Interditanda, a fim de que possa na qualidade, receber a citação na ação de inventário e defender os interesses da Interditanda”.

Vara da Família e Sucessões do Foro Regional de Santo Amaro.

Menciona-se ainda no prontuário a existência de um outro processo de interdição movido junto à 3ª Vara de família e Sucessão do Foro Regional de Santo Amaro. No dia 11 de março de 1990, Julia recebe a visita de um outro oficial de justiça. Decorridos dez dias, é encaminhada, na companhia de uma assistente social, para interrogatório na supracitada vara e, nessa ocasião, teria recebido outra interdição da Justiça. A assistente social informa o juiz quanto à situação de abandono familiar vivida por Julia e este compromete-se a intimar a irmã, a fim de fazê-la cumprir com suas obrigações de curadora.

A “vara da família e sucessões” acompanha e confirma a autonomia negada pela instituição psiquiátrica. Aos que são desacreditados e submetidos à condição de excluídos, a Justiça reserva, de pleno direito, a interdição civil. A instituição psiquiátrica garante a legitimidade. Elisabeth Kluiber, irmã e curadora de Julia, requerente e interditanda do primeiro processo, apropria-se de sua vida ao ponto de, aos olhos da narradora, lhe pertencer a contabilidade dos seus próprios anos.

“— E nesse tempo, a senhora não tinha ido p’r’o Franco da Rocha ainda?”

“— Era sim, era de lá que meu pai me tirou que, que me judiaram. Não jantava, não almoçava, nem tomava café, só deitava no chão do banheiro. Quando fizeram praga de mim, judiaram de mim aqui na terceira, depois o empregado me pegou e me colocou lá no banheiro, quando eu ficava deitada no chão do banheiro”.

“— E quem fez isso com a senhora?”

“— Os funcionários que ficavam de tentar a gente, os funcionários. Depois o doutor chefe tirou daí, pegou e botou uma mais boa. Porque faziam leonzine e amplitil em mim, ficava de tonta, da ruindade. Nem tomava, nem almoçava, nem jantava, nem tomava café”. (Julia)

A instituição médica recobre a prática de maus-tratos com o status de tratamento, e justifica suas violências como reações necessárias ao que seriam desarranjos e descontroles próprios do que denomina doença mental. A precariedade das instalações, o sofrimento físico, pela privação sexual e de alimentos, e a medicação excessiva vão aparecer igualmente como condição intrínseca ao asilamento. Nada parecerá planejado e coordenado em detalhes para ser do jeito que é. Os descasos institucionais aparecerão como extensão natural da doença mental. Tudo será naturalizado num corpo único regido pelo mesmo princípio orgânico, a loucura. A imundície, a atmosfera irrespirável, a falta de iluminação, a truculência no trato assistencial médico e administrativo, a medicação indistintamente aplicada sem referência a um diagnóstico – tudo irá compor o estado doente. Os sintomas deverão se manifestar de maneira a confirmar a naturalidade de tudo isto. Assim, os internos são apresentados sempre

sujos, apáticos, afásicos, transtornados e reivindicantes num tom de lamúria. A medicação garantirá o cenário como inevitável e conseqüente ao estado doente.

“— *E lá no Franco da Rocha nunca ninguém avançou ou bateu na senhora?*”.

“— *Não, não*”.

“— *E a senhora lembra de ter visto alguém apanhar por lá?*”.

“— *Quando os homens saiam e encontravam as mulheres, aí sim. Chamava o policero Garcia e dava um pego*”.

“— *E batia?*”.

“— *Não, botava no quarto forte*”.

“— *E como era o quarto?*”.

“— *Tudo de rotunda, quarto forte*”.

“— *E aí ficava preso?*”.

“— *Os que faziam besteira de brigar, tudo*”.

“— *Só com cadeado, ou prendia na cama também?*”.

“— *Com cadeado e prendia na cama também. Primeiro amarrava na cama, depois fechava a porta da frente, p’ra não escapar, fugir. De vez em quando, como aqui, assim, então, tinha a rua e passava ônibus. Quando os homens fugia, chamava e corria até pegar, ia com a ambulância*”.

“— *A senhora lembra de ter visto alguém tomar choque lá?*”.

“— *Tomava, tomava, também eles tomavam choque, sim. Dava até choque, sim: — Não quer obedecer, não quer obedecer?! [Comenta] As funcionárias pegavam e seguram os braços, seguravam assim, do outro lado e do outro lado, com mulher ou com homem, seguravam com força, e depois pega fazer [com a mão faz o movimento dos eletrodos sendo colocados nas têmporas] só quando parava de mexer a cabeça, só quando ficava bem quieto, depois soltava, pronto*”.

“— *Na senhora nunca deram?*”.

“— *Não, em mim, não. Porque nunca fiz besteira, nunca fiz nada errado nenhuma vez*”.

“— *Se fizesse coisa errada, tomava choque?*”.

“*[Comenta na voz de terceiro] — Não vai ficar arruinando aí na briga, heim?! Tem vários choques aí! Começa brigando com a Julia ou com as outras pacientes aí, ó! Vou falar com o doutor, eu sei*”.

“— *E quando aplicava o choque levavam o paciente p’ra algum lugar?*”.

- “— *É, tinha um quartinho trancado. Era, era um quartinho*”.
- “— *E esse quartinho servia só p'ra isso?*”.
- “— *Só. Depois, o que que eles fazia?! Depois, quando não obedecia, fazia o choque primeiro, e também deixava fazer injeção nelas, assim. Elas tomava leozine, amplictil, faziam injeção nelas assim, fazia*”.
- “— *E essas injeções que efeito tinham?*”.
- “— *Ficar de tontura, de tonta*”.
- “— *Então se não obedecessem eles davam injeção?*”.
- “— *É, dava injeção, sim. Amarrava ainda com faixa, com tira*”.
- “— *E amarrava onde, Dona Julia?*”.
- “— *Na cama*”.
- “— *E como a pessoa ficava depois de tudo isso?*”.
- “— *Ficava boa [no sentido de que o pior já tinha passado]. E quando era de dar remédio, a pessoa fechava a boca. Aí [a enfermeira] apertava o nariz. Aí [o paciente] abria, aí [a enfermeira] botava na boca e fechava, pronto!*”.
- “— *E fizeram isso com a senhora alguma vez?*”.
- “— *Não, não. Também não*”.
- “— *E a senhora lembra de tomar muito remédio naquela época?*”.
- “— *Remédio só... aqui também, nunca me deu amplictil, nada, porque nunca briguei com ninguém, nada. E se tiver pegando e mexendo comigo, eu vou pegar e falar com a funcionária. Reclamação, primeiro*”.
- “— *E porque dava amplictil?*”.
- “— *Porque não obedecia*”. (Julia)

Nesse ambiente severamente controlado e de relações institucionais arbitrárias, os possíveis gestos de generosidade são guardados com carinho na memória. A desqualificação da pessoa humana que se nota nesse campo carrega de sentidos fortes toda eventual expressão de humanidade. Pergunto para Julia se recordava de um acontecimento bom e agradável que tivesse lhe ocorrido ao longo dos seus muitos anos de internação.

“— *Melhora, melhora bem... quando eu de noite, quando eu sente, sabe quando que foi? É orde quando seu Sabino 'tava aqui e Dona Valdete, quando 'tava aqui, ela teve com par de gancho de meia: — Com a Julia, favor diretora, ela 'tá sentindo muito*

de dor de garganta, a senhora pode por um par de tanto, de quatro colherinha de tanto e meia de sal p'ra ela assim, ela quando sente tudo de dor de garganta de noite, ó' aí! Ó'ia como 'tá caroço aí, ó'!"

"— E aí o que a senhora fazia com o sal?"

"— Eu passo, encosto, de noite quando sinto garganta, depois encosto com bem o sal assim na garganta de noite quando tenho que dormir assim. Aí quando levanto de manhã cedo, já 'tá bem melhorado. É". (Julia)

Os efeitos do controle nunca alcançam a supressão total do infinito de possibilidades do convívio humano, tal como essa relação cordial entre paciente e funcionária, espaço de resistência dentro da instituição árida de afetos. No entanto, quando falta a instituição como salvaguarda de direitos, sobra o arbítrio humano como possível garantia de acesso a condições mais dignas. Compreensível, assim, que o bom trânsito junto à administração pareça oportunidade para alguma esperança de melhora da própria vida intra-muros. Julia supostamente consegue uma liberação especial para incursões rápidas fora da instituição para comprar cigarros.

"— Então, e sabe também co', co' doutor-chefe, o doutor André de só... andar comigo? E quando... por que que ele pegou, não me deixava andar com o bilhete de cartãozinho, quando eu saía na portaria, não sei porque que ele desmarcou, tirou, tirou o meu bilhete de mim, não sei por que, tirou, tirou. Tinha bilhete do doutor André, quando eu olhei o recreio, quando olhei o recreio, a quinta e a quarta, foi tudo, foi tudo quando eu olhei p'r'os pedreiro, quando sentava no portão, no recreio".

"— Mas tiraram o cartão da senhora?"

"— Tiraram. Quem tirou foram as funcionárias. Então... agora, precisa pedir licença p'r'as funcionária se pode dar o bilhete. Então, eu mostro o papapel, o bilhete: — Onde 'cé vai?... pode, pode ir, pode ir! Deixa p'r'o portarero e ele diz: — Passar, ô portarero, depois vou por baixo direitinho, depois volto por onde é direito, não sou louca, não fôjo. Sabe também o que o doutor-chefe deixou andar, andar comigo?! Sabe como metade de faquinha assim?! Faquinha assim, faquinha assim, n'ê? Fatia assim, eu guardo e ponho desfiado, eu guardo escondido, mas não carrego na sacola

comigo, não, e p'ra quando cortar o cabo, canudo do bambu, quando corto o bambu e, metade de faquinha, faquinha assim, faquinha assim, e com o pau de ferro de pegar mão de segurar assim, p'ra quando eu cortar. É p'ra quando picar meu fumo, picar meu fumo, picar meu fumo, picar meu fumo, de picar meu fumo. É porque eu pego e depois deixo escondido lá, com, com, com o funcionário lá na casinha, escondida, p'ra ninguém pegar". (Julia)

O comportamento adequado é também estratégia por favores e agrados institucionais, e pela mesma razão se expressa a contrapartida da sua patrulha atenta e oportuna. O ardil de Julia vem na medida precisa da condição de não poder arbitrar os próprios passos.

"— 'Tá vendo aquelas duas, Patrícia e a Márcia, elas abriam a porta com cabo de escova, p'ra sair tudo na rua, da porta p'ra rua".

"— E a senhora contava quando faziam isso?"

"— Contava e aí, depois, precisava fechar a porta com a chave". (Julia)

O manicômio é relação de troca. Um comércio moral apropriado como um toma-lá-dá-cá, por vezes a única via para se ter contemplada a necessidade de cuidados. Julia brigou com um interno e nessa ocasião teve seus óculos quebrados. *"É, deu até unhada n'min, no fundo dos ó'io e tudo decerto, que pegou e quebrou e ficou com, com a unhada dentro dos ó'io, e ficou ruinado dos ó'io de enxergar".* Seus reclamos por atenção se estendem por meses, sem qualquer resposta.

"— 'Sa ver se o médico trocava o meu colírico, se levava no oculistero algum dia, essa vista que 'tá arruinando, de, de me enxergar bem".

"— Esses óculos não tão bons p'ra senhora?"

"— Não 'tá bom, e como que eu lá dentro 'tou enxergando bem, agora só porque esse aqui 'tá ruim, a vista 'tá ruim de eu enxergando bem... que se o senhor falava, falava p'r'o diretor-chefe ou diretorista, falar p'ra ele me leva lá no oculistero, dá um jeito de uma olhada na minha vista. Deu os óculos de jeito errado, e, e, atrapa'ou e ficou, e, e 'tá me arruinando a vista dos ó'io, e os óculos dava com esse, não. Precisava de óculos de enxergar bem. Então, eu conversei com o meu médico, aquele homem alto e magro e ele não 'tá mandando mandar no oculistero, nada". (Julia)

Os exemplos de experiências que descaracterizam a instituição psiquiátrica como centro de atenção e cuidados médicos se acumulam nas narrações. Do relato de Julia sobre o desfecho de sua querela com um interno, temos uma fala que sintetiza bem a razão forte que, pelo seu entendimento, justifica a presença médica na instituição: *“E aí depois veio, consertou o médico e tomar, de tomar injeção”*. A calma é restabelecida por uma medida de intervenção “médica”. Outras narrações, como a de Eulina, vão testemunhar a mesma realidade.

“— E quando responde para os enfermeiros eles dão injeção?”.

“— Dão. Quando a paciente ’tá agressiva, eles põe na camisa de força e chama o médico p’ra medicar. Dá injeção p’ra dormir. Tem vez que derruba e tem vez que não, a paciente se solta e fica calada”. (Eulina)

Eulina acrescenta outros tantos episódios. Sua experiência com o descaso e a violência institucional marca todos os períodos e lugares em que esteve internada. Começamos pelo Hospital do Canguiri, em Curitiba.

“— Lá que me pegaram a expiar de mim, judiar de mim, botavam as enfermeiras p’ra ferrar comigo”.

“— Botavam você na camisa de força?”.

“— Menino, botaram e foi muito. Eu chorava que nem uma doida, me lastimava. Pedia pelo amor de Deus que tirassem a camisa de força, e elas assim do corredor, uma coisa, que eu não sabia por que era, sempre amarrada, um dia sim, um dia não e tinha mais essa, no dia que fosse Marilda da noite, eu tomava café de tarde, de noite e tomava no outro dia bem cedinho, e se fosse a Vitória eu nem tomava café, não tomava café bem cedinho, e não me soltava a hora que era p’ra me soltar. Só me soltava quando o enfermeiro dava de comer, os outro tudo iam por aí, menino. Tinha vez que a Isoldina soltava eu logo, tinha vez que ela me soltava, eu tomava café de noite e tomava remédio, mas quando ela ’tava desparafusada, ela não soltava, ia p’ra tardão da noite, sem comer, sem comer, bem cedo até de noite, a hora que elas quisessem soltar, elas me soltavam e a fome ’tava daqui, a fome grande, morrendo de

fome, que ia p'r'o outro dia. Se fosse Marilda, eu tomava café de noite e café no outro dia bem cedo, e se não fosse Marilda, fosse aquela infeliz que o diabo carregou na barriga da égua, não deixava eu comer". (Eulina)

A desrazão explica a instituição psiquiátrica? Os maus-tratos e torturas são características abrangentes de todas as instituições que vi ou conheci pelo testemunho das pessoas que encontrei e com as quais me relacionei nesses lugares. Pelas suas narrações, sabemos que os manicômios não se definem pelo pressuposto do cuidado médico e da atenção terapêutica ou da simples moradia. Se por vezes essa tendência é negada, o será por um acontecimento marginal, como a *generosidade* de um ou outro funcionário da equipe técnica. Todo o resto é aparentemente sem razão e diretiva ou, melhor dito, racionalmente planejado para que assim apareçam: com a mesma gratuidade desses episódios isolados de atenção hospitalar. A regularidade dos descasos manicomial confirma que o pressuposto da desrazão como princípio explicativo dessas instituições não passa de ocultação de um processo histórico que tem lógica e planejamento determinados e que expressa um jogo de forças sociais profundamente totalitário e desigual, motivado por razões que nada mais são do que a própria ideologia da prática, manutenção e reprodução do processo de reclusão e dominação presente em uma sociedade dividida em classes.

"— E como é que a camisa de força amarrava você?"

"— Amarrava aqui, olhe, amarrava aqui, nos dois pulsos e nesses dois pés, arreganhava a gente p'ra lá, p'ra cá, assim, amarrava os pés e arreganhava na cama, amarrava os pulsos também, dia sim, dia não. Menino eu sofri, eu sofri que só sabe eu e Deus".

"— Machucava os pulsos?"

"— Machucava, ficava inchado os pulsos".

"— E tinha que dormir nessa posição a noite toda?"

"— Não, não dormia, não dormia, não. De noite, por volta de nove horas da noite, ou nove e meia, a enfermeira tirava. Mas quando era de manhã bem cedo, botava na camisa-de-força, sem tomar café, sem almoço, sem janta, sem ceia, sem tomar café.

Aí, soltava, revirava os braços, as pernas, p'ra se mover, ficava revirada dos braços e das pernas. Um menino ainda batia em mim. Eu tinha uma sortezinha que tinha um médico tratando de mim, e essa minha doença toda quem me curou foi o médico desse hospital [primeira internação], ele tratou das minhas cadeiras”. (Eulina)

As relações mais amenas não invalidam a lógica total. Eulina lembra do tratamento que recebia como uma “sortezinha”, qualquer coisa de inesperado. A dura sorte da brutalidade, entretanto, aparece pelo viés do que era metódico e regularmente administrado. É a instituição que temos aí, suas razões científicas e burocraticamente planejadas.

“— Então não era uma camisa de força, na verdade amarrava era na cama”.

“— Era uma camisa de força, botava nos braços assim, cobria nós todinha, cobria as pernas, era uma lona verde, verde e amarelo”.

“— E os braços cruzavam na frente do peito e amarrava nas laterais?”.

“— Não, amarrava aqui ó’, num lado e noutro da cama, aí tem ela. Mas Deus me livre, eu não dava cabimento de jeito nenhum perante Deus do céu, quando eu ia p'ra essas camisas de força, eu ia nervosa, com raiva, chorava, mas não tinha ninguém que me soltasse, com elas correndo no corredor, fazendo pouco de mim”.

“— As enfermeiras?”.

“— As enfermeiras não, calada. As enfermeiras não subiam. Olhe, se uma enfermeira subisse, não era ela, era o demônio. Quem me trouxe esse sofrimento todo foi aquela condenada, a Marilda, a Marilda Presépio. Ela me pegou como quem pega um passarinho, eu me descobri aqui, me descobri aqui. Me pegou como quem pega um passarinho, p'ra judiar de mim, p'ra me matar, meu filho, p'ra me matar. Ela não quer ninguém mais do que ela, ela quer ser só ela. Ela não quer outra Santa, mais de poder, ela não quer outra Santa mais do que ela, compreendeu?! É uma condenada”.
(Eulina)

Também há verdade na observação recorrente que localiza o tratamento brutal e violento na postura individual de um ou outro funcionário. Se a instituição regula esses desrespeitos pela legitimidade burocrática que lhes confere, não é sempre que vigia a equipe

técnica para garantir sua recorrência cotidiana. Isso depende do momento histórico e da direção do lugar. E por vezes, pela resistência dos pacientes, é a instituição que se abre.

“— E quando você ficou lá no Hospital de Canguiri, batiam em você?”.

“— Batiam não, batiam usando a camisa de força. Eu sou menina, rapaz, eu sou menina. Eu tive medo, eu tive medo da condenada me matar de traição, que ela dormia mais nós, dormia com nós, a infeliz, lá no Hospital [Eulina comenta isso rindo]. Eu tinha medo que ela me jurou: — Você me paga sua infeliz. [Comenta] Me jurou de me matar”.

“— Mas nunca encostou em você?”.

“— Ela jogou uma ripinha cheia de água em cima de mim, e avançou em mim. Eu avancei nela também. Ela pegou nos meus cabelos, eu peguei os dela, e assim caímos no pé da mesa, as duas agarradas (risos), mas da pressão não tem quem se livre, não é?! Eu não ’tava certa?! Mas eu saí com faculdade de doente. Saí p’ra outro hospital”. (Eulina)

O manicômio é escola da loucura porque nega e impede a existência pelos próprios meios. É desagredador da intersubjetividade porque pretende impedir a ação e reconhecimento de cada paciente enquanto sujeito político, pois isola na dor psíquica da solidão, sempre mediada pela insegurança de se saber propriedade de um destino alheio, determinado por outro e não por si mesmo. O manicômio é faculdade da doença, disciplina os sintomas com método e materiais científicos: os buleários são as apostilas do conhecimento e aprendizado que administra.

A discussão da subjetividade, e suas redes de significações, passa pela reflexão política. O campo do “si mesmo”, as percepções dos sentidos e das razões que nos motivam internamente, são densos de história. Eulina, no mesmo movimento que percebe como produto da “sorte” o tratamento casualmente recebido pelo “bom” médico, não deixa de se penalizar por não ter lhe observado, de início, a dor que sentia. A queda de cima de uma cadeira, dentro das dependências hospitalares, segundo Eulina, é ocultada pela enfermeira Teresa, que omite o caso ao tal médico, razão de atrasos no tratamento da fratura no osso da

bacia. A crítica feita a si mesma, contudo, move a narradora a buscar um entendimento da própria omissão.

“Muita dor e muito sofrimento. Mas eu besta, menino, menino eu fui besta. Essa vida, essa vida é uma merda. Eu era idiota, podia ter falado p’r’o médico que era eu. Podia ter falado p’ra ele que ele tinha tratado de mim e ela não existia em mim, ela não existia em mim. Sei que não sei quem foi, acordou-se de mim e aproximou-se do médico e o médico tratou de mim como o povo do céu. Tratou de mim e eu fiquei boa. Agora eu ’tou com enxaqueca de baque que eu tenho levado aqui. Você vê a metade dessas mulher tudo fazendo ginástica. Desaforo, por modo de eu ficar no quarto e por modo de ser leve baque. Aí tem! Mas eu confio em Deus que elas não é de me laçar, confio em Deus que eu não vou cair, e se eu cair será baque maneiro. Não baque que nem aquele outro”. (Eulina)

O conceito do sujeito aprisionado internamente por mecanismos psíquicos impeditivos de reação ao mundo não tece sua trama pela narração de Eulina, não está nele presente e não lhe é constitutivo. A “*faculdade de doente*”, planejada pela gestão hospitalar, tem contrapartida no aprendizado de quem vai, pouco a pouco, conhecendo a geografia institucional – seus métodos, procedimentos de rotina e burocracias da administração – pelo que também alcança alguma segurança no saber reagir. O sujeito histórico é aquele que sente e deseja porque caminha.

“— Pra que servem aquelas coisas ali na cama [ganchos de metal nas laterais do móvel]?”.

“— Eu não sei, não sei. Foi feito p’ra passar uma corda. Ou uma corda ou uma linha p’ra amarrar as pacientes. Foi feito p’ra isso”.

“— Mas amarra?”.

“— Amarra não, amarra como eu te disse [levanta e mostra como fazem a amarração das cordas].

“— E aqui, amarram as pacientes?”.

“— Amarra. É difícil, mas amarra”.

“— Em que situação amarra?”.

“— Por que as pacientes briga, bate umas com as outras”.

“— Mas se você bater na enfermeira, elas te amarram?”.

“— Deus me defenda, eu vou p'r'o inferno, menino. Deus me defenda, eu bato numa infeliz dessa?! Deus me defenda! Eu toda a vida respeitei elas, toda a vida respeitei. Mas quando elas são danada também, eu digo conversa à toa, eu digo, mas me arrependo de coração. Viche, como eu me arrependo! Tenho medo, não, tenho medo, não, mas eu me arrependo quando eu respondo mal p'ra uma enfermeira, ou p'ra qualquer paciente dessas. Deus me defenda. Eu não posso passar uma mentira, que me vem um arrependimento, logo. Deus me defenda. Eu vivo, eu sei viver, eu vivo nessa cama, pode passar a zoada que for aí p'ra frente, pode fazer zoada, eu 'tou calada e fico, eu não vou olhar ninguém. Eu vou olhar a briga dos outros? Vou não, não me convém”. (Eulina)

A evidência de um “si mesmo” repleto de experiência pode ser constatado na afirmação contundente de Eulina: “eu vivo, eu sei viver”. O manicômio expõe suas armas e a resistência surge como estratégia de aprendizado e observação, abrindo novas brechas, ao mesmo tempo em que aproveita as condições de possibilidades existentes.

“— E já te amarraram aqui?”.

“— Aqui, não, aqui, não. Foi lá naqueles tempos de lá, faz tempo. Elas me amarraram, eu vou lhe contar. Olha, Ana Lúcia e Ana Teresinha, fizeram corre essas duas, p'ra me arrenegar, uma pobre que nem eu. Fraca, cansada. Olha, só sei que eu fui lá pedir uma roupa. A hora que eu pedi, que essa Ana Lúcia avançou em mim, me deu um baque, bateu comigo no chão, e me puxaram assim p'ra quebrar a minha cabeça no chão. Aí, eu suspendi e ela começou a pedir socorro, eu disse: — Bata condenada, você 'tá certa, infeliz. Chegou a Ana Lúcia com a psiquiatra p'ra dizer que era do meu lado. Repara que condenada, falsa. Paciente nenhuma lá, só eu e elas duas. Eu no meu quarto e elas duas lá. Aí disseram que eu era a culpada: — Eu sou culpada!? Culpada é essa infeliz que me puxou p'ra brigar. [Comenta] Ela avançou em mim, deu um soco em mim e me derrubou no chão, rapaz. Fraca, fraca, que não sabe direito o que fazia. Olhe que naquele tempo... eu hoje eu sou forte e não sou, mas sou mais ou menos. Eu tomo remédio e 'tou mais ou menos, mas essas infeliz querem botar eu miserável, p'ra perder a salvação, a salvação da saúde”. (Eulina)

O “tratamento” apresenta suas razões.

“— *Por que você foi amarrada?*”.

“— *Por falta das enfermeiras. Depois que elas me bateram, elas disseram que eu era a culpada e foram me colocar uma camisa de força, me botaram numa camisa de força, uma camisa de força condenada mesmo. Botou um pé lá, outro cá. Tirou minhas calcinhas, deixou eu desconforme e quando acabou, amarrou do jeito que elas queriam mesmo, eu disse: — 'Tá certo, quem 'tá errada mesmo é eu, quem tem razão é Ana Lúcia, siga a Ana Lúcia. Botou eu de porca, toda fedida, e os restos ali tudo. Eu não sou porca, nem sou fedida. Deus me defenda, eu sentia um fedor de bosta, um fedor de carniça dentro do meu quarto p'ra eu dormir. Mas que fedesse à carniça mesmo! Que elas sentiu, 'viu?! Eu não sou boba, eu sou bolinha, sou abençoada, sou uma desgraçada. Eu não brigo com ninguém. 'Tou dentro dessa casa, eu não brigo com ninguém, mas elas procuram azar por lá, e me bota dentro do fogo’.* (Eulina)

São os pacientes que não têm o gatilho psíquico da atenção à própria higiene? As ciências psiquiátricas fizeram, e ainda fazem, da própria condição de asilamento manicomial o álibi perfeito para todo o tipo de violência aí praticada. O sofrimento psíquico, as fezes, o eletrochoque, a loucura, as amarras, a comida intragável, a medicação exagerada, a camisa-de-força, os gritos, as arbitrariedades de todo o tipo, os inúmeros descasos com a condição de envelhecimento, a alta que nunca vem, as revoltas pessoais, a fuga, o abandono pelos parentes, a ausência de cuidados básicos e até mesmo de primeiros-socorros para intercorrências graves, tudo vai aparecer como matéria de uma mesma natureza, tudo será visto como consequência do estado completo e auto-explicativo da “doença mental”. O diagnóstico, retrospectivamente, justifica e legitima tudo, limpando a história das suas contradições. O diagnóstico é o primeiro a ser definido: é o ponto de partida, o passaporte para um campo ideológico do qual poucas vezes se sai com vida, ou nunca com a mesma vida que se tinha.

Eulina comenta seu receio de ser ouvida pela enfermeira Sandra, temida por todos ali dentro e responsável pelas violências com a camisa de força. “*Uma doida*”, nas palavras de

Eulina. “*Eu ’tou falando baixo, ’tou falando assim mesmo (risos). Daqui a pouco o povo pensa que somos nós que estamos fazendo sexo. O que é mais é isso aí, a porta trancada*”. E moto contínuo, às gargalhadas, grita para todos ouvirem.

“Querendo chegar, pode chegar. Aqui é um companheiro meu, conversando. Querendo chegar no meu quarto, fazer visita, venha, a porta ’tá só encostada. E eu não sou mulher da vida, nem o rapaz é. Pode chegar, infeliz. Deus me defenda. [Comenta] Eu digo, não fecha a porta, p’ra modo de não atrapalhar a vida sua e minha”. (Eulina)

Os cuidados e a prática com o convívio institucional evidenciam uma observação e um saber atentos. Eulina fala das companheiras e das suas experiências e estratégias de sobrevivência.

“— Você disse que as pacientes se soltam da camisa de força”.

“— Tem umas que se soltam, outras não, têm medo da camisa de força. Elas se soltam sozinhas, as pacientes se soltam sozinhas, não precisa ninguém. Solta primeiro um braço, depois solta o outro e aí solta os pés, se elas não amarrar nas camas. Se elas amarrar nas camas, ’tá sem jeito, elas não se soltam, mas se só amarrar os braços e as pernas, elas se soltam. E outras pacientes ajuda e solta”.

“— Você me disse que, por vezes, elas se soltam e, por vezes, as paciente se ajudam e uma solta a outra. E você já soltou alguém?”.

“— Nunca”.

“— E alguém já soltou você?”.

“— Uma paciente. Foi S. que me soltou [fala rindo]. Ela mora aqui. É uma pobrezinha, e tem hora que a pobrezinha fica fora de si também. Fica fora de si e fica brigando com as enfermeiras. Fica brigando com as pacientes e elas não investigam ela p’ra botar na camisa de força. Têm paciência com ela, têm paciência com ela! Ai como eu tenho dó dela, por Deus que eu tenho dó dela”. (Eulina)

Um dos poucos momentos em que Eulina expressa uma dor, uma fragilidade. É motivo de tristeza o sentimento de injustiça verificado no testemunho das arbitrariedades por que passa a colega. O manicômio expõe sua pior realidade. A submissão à condição de

observar o sofrimento dos companheiros de convívio, sem a possibilidade de reação. Não é casual que venha essa fala de Eulina acompanhada da memória dos gestos de amizade vivenciados no hospital, os quais alcançam amplo sentido de generosidade quando contextualizados no campo das retaliações institucionais.

“Eu acho que eu já sou morta, eu já sou morta, e me matar eu p’ra eu ir p’r’o inferno é p’ra ir nós tudo p’r’o inferno. Porque eu não nasci p’ra morrer, o que tinha de morrer já morri, ’tou futurando, ’tou futurando a salvação delas p’ra elas vazarem p’r’o céu, mas se elas é quem pode, o que que eu vou fazer?”. (Eulina)

No campo das relações históricas, a produção de sentidos do novo e da criação social de outras dinâmicas de convívio e confronto é exercício de “*futuração*”. Também da possibilidade de se recuperar valor das experiências passadas e atuais, surge um terreno amplo e constituinte de potencialidades. A práxis não é outra coisa do que invenção de um futuro. Não há morte e nem assassinato para a condição desse exercício, pois o ser humano é, antes de tudo, atividade. Mesmo da morte e do assassinato eclodem processos históricos. A razão da história no mundo é sem *pulsão de morte*, não tende ao nirvana, não busca o ponto neutro e sem contradições do final feliz e para todo o sempre.

“— Como é que é a vida aqui dentro?”.

“— A vida é assim mesmo. Amanhece o dia, tomo banho, me alimpo, troco de roupa, eu e as outras. As enfermeiras também ajuda nós. Eu acho bom porque eu sofro isso aqui nas minhas cadeiras. Olha que barrigona grande essa minha, foi o médico. Eu não sei se é o médico que ’tá aqui, eu não sei, eu não sei. Ele me ofendeu e eu não diria, ele me ofendeu e eu não diria. Ele botou, não sei o comprimido, ’tou esquecida, sei que ele que botou. Ela que botou, a mulher dele botou, dois enfermeiros botou. Botou, Maria botou”.

“— Botou o quê?”.

“— Comprimido n’ mim, p’ra estragar eu, p’ra estragar eu, ficar barriguda. Ó’ minha barriga como é, ’tá vendo?! É uma barrigona, e ’tou tomando remédio”.

“— E o comprimido faz mal?”.

“— Faz mal, e eu ’tou tomando e ele não sai de mim, rapaz. E as enfermeiras não corta ele, é um comprimidinho, amargo que nem fel, mas não sai de mim. Eu arrenego o diabo daquele comprimido. Eu falo pras enfermeiras, elas nem liga.

“— Você pede p’ra tirar?”.

“— Pede p’ra tirar, nem liga”. (Eulina)

O tratamento, mesmo que em desajuste com a saúde, deve ser mantido. Desconfortos físicos causados pela medicação, e mesmo gravíssimos efeitos colaterais, não são considerados pelos médicos. Eulina repete em sua fala uma situação bastante recorrente e que se verifica também pela análise de anotações em prontuários. Os remédios, ao lado da imposição da dieta alimentar, parecem ser a única face que caracteriza a instituição psiquiátrica com uma certa constância no que referencia para a questão médica. Os prontuários trazem a repetição cotidiana de observações sumárias pelas quais se evidencia uma atenção para a aceitação, ou não, da dieta e dos medicamentos administrados pela equipe aos pacientes. Nos casos de desequilíbrio dessa balança, por resistência desses últimos, surge a necessidade de alterações no rumo do “tratamento”, mas sem novos alvos, apenas intensificando-se a medicação. Da reflexão sobre prontuários de outros momentos da instituição, mais próximos do corte inicial da nossa periodização, temos o redirecionamento dos “cuidados” no sentido de se fortalecer a carga de aplicação dos eletrochoques e convulsoterapias coadjuvantes. A moderna farmacopéia possibilitou uma reorientação da rotina hospitalar, contudo, não sem cuidadosa manutenção das violências e outros agravos à saúde dessas pessoas. Naquele tempo e ainda hoje, os comportamentos adequados continuam a principal medida do “bom” andamento da profilaxia psiquiátrica.

Ao lado dessas constantes, a imundície e as arbitrariedades do poder institucional, assim como as instalações precárias, parecem conformar um outro grupo comum e estável nos vários tempos da história desses lugares. Quanto a isso, também nunca houve, pelo que se tem

da reflexão das fontes, negociação ou reclamação que trouxesse efeito reparatório, podendo, ao contrário, levar justamente ao agravamento das arbitrariedades e violências manicomiais.

“— E o que que o comprimido faz com você?”.

“— O comprimido é um danado, amargoso, eu deixo, vai descendo a garganta e eu fico mouca, amargando que nem fel. E fica da garganta aqui até o estômago, amargando. Um comprimido infeliz, eu já falei p'r'o médico p'ra tirar aquele comprimido. Mas o seguinte, o que faz verme é o aguado. Diz elas que é a Matilde que manda, Matilde que bota. Como que é a Matilde, se é ela que vem trazendo? Essa enfermeira 'tá confusa, ou não? Eu falo abertamente que é p'ra elas ouvirem, que eu não sou de motim, compreendeu?!”.

“— O que é motim?”.

“— Motim é falar da vida alheia, cochichando. É o que elas querem lá”.

“— Você toma muito remédio?”.

“— Eu tomo dois ou três, cedo. Passa a tarde. De noite, eu tomo dois comprimidos e um pequeno”.

“— E qual o efeito que o remédio tem?”.

“— De primeiro é soninho. Foi o Dr. Rudine. Não sei que bicho mexeu nele que ele botou comprimido em mim, p'ra me desvaziar. Olhe, vê o bucho?! Deu barriga! Subiu os comprimidos e subiu a barriga. É isso que eu sou agora, olha. Não sei se é p'ra dar barriga, a mim não me serve. É só p'ra tomar mesmo, a mim não me serve”.

(Eulina)

E novamente a natureza da loucura. A ciência psiquiátrica, aplicada à instituição manicomial, explicará, por uma mesma cadeia causal, o diagnóstico, a internação de longa permanência e a falta de vestimentas adequadas para os pacientes. Usa-se o que tem, numa composição que mescla os antigos uniformes aos refugos de doação. Quando não são mais utilizáveis para o corpo, servem para a limpeza. E mesmo para a condição de indignidade a que ficam submetidos os que vivem despídos de qualquer roupa, os médicos têm à mão o argumento das supostas dinâmicas e razões internas ao estado da “doença mental”, justificativa sempre oportuna. Sobre os pacientes, recaem toda responsabilidade e culpa.

Outra vez, o álibi perfeito, a loucura. Se, como se afirma, o seu mundo psíquico não se compõe de elementos constitutivos da realidade, como esperar deles a decência de cobrirem o próprio corpo? São desavergonhados por natureza. São séculos de acúmulo de discussão científica legitimando essa relação. Tudo o que puder, de dentro, depor contra a instituição será descaracterizado como testemunho interdito, vozes invisibilizadas. Raras as práticas históricas que conseguiram reverter a lógica dessas arbitrariedades. A narração de Eulina:

“Eu não quero que ninguém tire minha roupa de mim, eu quero viver na minha roupa, porque isso não é traje de uma missionária. Isso é traje de uma missionária?! É não. Isso é traje de uma Deusa?! É não. Isso é traje de uma bispa?! Isso é traje de uma freira?! Isso é traje de uma Santa Rainha?! Olhe, me contaram que elas duas [Matilde e Ana Inês] me deixaram nua despida, tiraram a minha roupa. Tiraram a roupa e não vestiram em mim. Eu fiquei nua, despida, e chegou uma mulher de fora e viu. Eu ’tava nua e despida, o frio pegado. É muita malvadeza, é muita malvadeza. Eu passo porque é p’ra passar mesmo, mas eu não acho bom. Eu acho bom minha casa de morada. Na minha casa de morada, eu mando e não sou mandada. Elas não sabem que eu tenho direito de botar o meu almoço, ou ceia, ou café nas horas certas?! É, ou não é? Mas elas não se interessam. Nem se interessam as pacientes, nem se interessam as enfermeiras, nem se interessam as cozinheiras. Mas eu não falo nisso, já eu ’tou na merda. Vamos deixar de mexer na merda, que mexendo fede mais, mas elas é de muito bem compreender, eu compreendo. ’Cês pensam que eu ’tou aqui é porque eu não compreendo esse povo, eu compreendo”. (Eulina)

A realidade manicomial de desrespeitos pela experiência de vida e de desconsideração pelo envelhecimento marca a percepção dos narradores. O fundo dos discursos meritocráticos, psicológicos e psiquiátricos, que sustentam arbitrariedades institucionais, aí tão fartamente apontadas, vai aparecer nas colorações de um terreno de grandes contradições. Pelos testemunhos e outras fontes produzidas nesse campo de práticas, evidencia-se um jogo de forças desequilibrado, amplamente sustentado por uma fundação social injusta, em que disputam sujeitos em condições desiguais de participação junto ao processo político. A

compreensão de Eulina ensina sobre esse processo histórico: a formação do campo de lutas pelo qual se constituem as possibilidades de existência desses espaços e das pessoas que aí vivem.

“— *O que você espera do amanhã?*”.

“— *Eu não espero nada. Espero sair daqui, espero sair daqui. Trabalhar num trabalho. Espero sair daqui, me divertir com os colegas, com as pastoras, cantar mesmo. Fazer parte das mulher grávida. Fazer consulta das mulher grávida, fazer consulta dos adultos, tudo isso eu não nego. E trabalho em cinco farmácia, aqui dentro de São Paulo, na outra posição. É melhor do que essa. Essa é boa, mas a outra é melhor. É isso que eu espero. Não espero bem?! Espero bem! Eu gostava mais que fosse em casa, que essa posição soubesse da solução. Que a solução não é morta, nem essa posição é morta*”. (Eulina)

A narração de Eulina distingue a condição presente da esperada, a “*posição*” atual, da “*solução*”, essa última como perspectiva do que virá. Sua “*espera*” é conjugação do verbo “*esperançar*”, a contaminação do atual por um sentido de futuro, a construção da própria história como prospecção de condições favoráveis. “*Eu gostava mais que fosse em casa, que essa posição soubesse da solução*”. A expectativa de reviver a experiência de alegrias e diversões junto às “*pastoras*”, “*colegas*” de cantoria, faz-se presente por uma rede de significações fortemente marcada por sua maturidade política, a memória e a história como uma caminhada no solo do agora, a experiência social reciprocamente articulada ao ontem e ao amanhã, “*que a solução não é morta, nem essa posição é morta*”. A fala de Eulina é um aprendizado, um saber histórico.

“— *Mas a morte um dia vem?*”.

“— *Ah, vem. P’ra mim, não, p’ra mim, não. Eu não sou p’ra morrer. Eu não sou p’ra morrer, Deus me defenda! Deus me defenda! Deus me defenda! Deus me defenda! Deus me defenda! Deus me defenda! Deus me defenda! Vou te contar. Eu, no ventre da minha mãe, com seis meses, ela foi atraída. Eu também fui atraída no ventre da minha mãe por essa que tá. Chegou a Rita. Chegou a Rita, chegou mais outro*

demônio, mais essa que taí, chegou essas três infelizes. Minha mãe 'tava dormindo e se acordou pelo lado de Deus, ela que fez. Com seis meses, ela me matou [Rita]. Enfiou uma faca na barriga da minha perna. Eu própria me dei vida". (Eulina)

A poesia e musicalidade das narrativas aqui recolhidas, o sotaque e a fala vibrante dessas pessoas fazem da oralidade uma importante fonte histórica, um diálogo de relações sociais vividas em aproximações e lutas na dinâmica da realidade. O trabalho da consciência se expressa por esses significados que surgem a partir da linguagem, ao mesmo tempo em que nesse campo se alimenta de potencialidades. A fala é diálogo. O "si mesmo" é histórico e percurso na direção que cria categorias de entendimento de si. É a afirmação da própria condição de sujeito. E se assim é, entende-se na e pela história o movimento pelo qual "*eu própria me dei vida*". Eulina fala a partir de uma experiência de décadas de internação.

"— É colégio ou é uma casa onde você mora?"

"— Casa".

"— Não é colégio?"

"— Não é".

"— Nem orfanato é lá?"

"— Não, é uma casa".

"— É numa casa que 'cê pára lá?"

"— É".

"— Pode até ser que um dia eu apareça lá, as moças já me convidaram para eu ficar lá".

"— Você vai me visitar lá?"

"— Vou. Eu não sei se eu vou, sabe porquê?! Eu gosto muito do meu serviço. Eu me entretenho muito com o meu serviço".

"— Qual é o seu serviço?"

"— De governar, de trabalhar em cinco farmácias, de curar o povo, dar vida boa para as mulheres da vida. P'r'as mulher da vida, não, p'r'as mulher grávida. Eu trato das mulher grávida, faço parto delas. Nisso, eu 'tou entretida, é bom p'ra mim. Me divirto e ganho dinheiro, eu fico contente. De ganhar dinheiro, eu fico contente. Quem trabalha, Deus ajuda, e só há covardia na pessoa pobre, que não sabe procurar. Não

sabe procurar ou, então, cai na gandaia, vagabunda. A coisa mais ruim que eu acho é a pessoa que não faz por ter as coisas. A pessoa que não faz p'ra ter as coisas, tudo nela é sacrificoso. Pensa que gente rica... Ele não dá nada: — Não posso, sou pobre. [Comenta] A gente tem um dinheirinho no bolso, mas choramingado. Não nega de dar a um cara, aquele que pediu a ele, pois a preguiça abandona na covardia. A pessoa que é preguiçoso, é preguiçoso e é ruim p'ra ele e é ruim p'r'os outros. Por que se a pessoa soubesse se haver, fosse inteligente... Eu faço covardia? Eu faço covardia p'ra uma pessoa que eu vejo que merece?! Eu não faço! Eu chego. Porque eu chego?! Porque eu não sou vagabunda, não sou vagabunda, não sou mulher da vida, eu dou e pronto. Desejo Deus que te proteja, meu filho! Deus te proteja! Eu podendo melhorar a situação dele, é melhor, eu socorro. Só se eu não puder, mas se eu puder eu socorro". (Eulina)

A preocupação em poder também ajudar é experiência que vem da relevância da amizade e das relações solidárias na própria vida. A ambivalência de Eulina – ao responsabilizar pessoalmente os que não alcançam acesso a condições melhores para si, ao mesmo tempo em que fala com a consciência de quem se sabe injungida a uma realidade minada por intensas lutas sociais e políticas – é prova de que se a contradição aparece na narrativa é porque também está na vida, e vice-versa.

“— Se você puder você ajuda?”

“— Ajudo. Se eu não puder, paciência”

“— E o que os outros fazem por você? Os governantes te ajudam, ou não?”

“— Eu reparto o dinheiro com a polícia, dou e defendo o meu. Eu é que pago a eles, recebo o coletor. Eu reparto dinheiro com as autoridades e deixo o meu. Eu dou dinheiro e eu acho bom porque eu me divirto, eu acho bom porque eu me divirto muito”

“— Mas porque você paga as autoridades?”

“— E eles não tão governando a cidade não é comigo?! Nós não 'tamo' governando a cidade, eu e a polícia?!”. (Eulina)

A narração é interrompida por uma outra face do mesmo fluxo de idéias. Eulina olha para as mãos e comenta sobre as próprias unhas estarem demasiadamente curtas, não por gosto próprio, mas por institucionalmente ter a autonomia submetida mesmo no que se refere à preocupação estética e à aparência digna.

“A sua é mirradinha, a minha é mais ainda, ’tá curta. É bonito, se elas tivessem grandes fica bonito. Mas eu falo p’ra não cortar. Que eu não posso andar com ele [o cortador] no meu bolso, porque aqui, eles tira tudo. Eu mando elas cortarem, elas cortam assim, mirrada. Eu não posso cortar, tiram tudo, tiram tudo”. (Eulina)

O paciente psiquiátrico é entendido como uma ameaça contra o próximo e contra si mesmo? As unhas seriam armas cortantes em potencial, ou trata-se aí de outra violência pela burocracia? Define-se que não terão acesso aos cortadores de unha e nessa opção cortam o mais curto que podem para que a rotina se faça necessária em intervalos mais demorados? A burocracia manicomial é precisamente esta miscelânea composta pela violência de práticas fundadas em preconceitos científicos, pelos oportunismos oriundos da desigualdade no acesso ao poder institucional pelos pacientes, pela falta de equipe técnica qualificada, bem como pela precarização dos contratos de trabalho das equipes disponíveis.

A revalorização de experiências próprias dos narradores evidencia o descaso e as injustiças manicomiais nos menores aspectos. Para que se naturalize a condição a que se tenta submetê-los, impedindo-os de se afirmarem como sujeitos históricos, e para que se tornem subjetividades supostamente pacientes e manicomializadas, será preciso que permaneçam silenciadas suas vozes, esperanças e resistências, recuperando-as no filtro de uma interpretação que as recomponha, pela escuta comiserativa e filantrópica, como produto da natureza desviada.

Lusia Satilho pratica uma reza disciplinada que aprendeu por experiência de vida, campo em que se evidenciam suas motivações religiosas.

“— E você perdeu de vista os seus irmãos?”.

“— Perdi, acho que 'tá morto, porque o macumbeiro matava, sabe? Ele dava ataque até matar. Eu aprendi uma oração, o povo me ensinou, sabe?, a gente vai vivendo no mundo e o povo ensina a gente a viver. Aí, uma mulher me ensinou, uma mulher duma prima me ensinou eu a viver. Aí, a mulher ensinou p'ra mim que eu rezasse Pai-Nosso e Ave-Maria toda segunda-feira, que enterrava os mortos, sabe? Aí, eu comecei a enterrar os mortos. Aqui nesse pavilhão, é tudo enterrado, tudo essa mulherada aqui, e homem, eu enterrei tudo. Três segundas-feiras, a gente reza Pai-Nosso e Ave-Maria e vai com o dedo assim, ó' [dedo em riste], pensa na pessoa que tem alma e vai: [começa a ladainha] rezei por suas almas, rezei por suas almas... Cochichado, sabe?, cochichado. Enterra tudo. Três semanas, três segundas-feiras”. (Lusia)

Por esse ritual, a narradora busca uma aproximação com o grupo de internos da unidade. Pude presenciar a sua atenção e o cuidado com essas pessoas. Há aqui também uma estratégia de defesa contra os ataques constantes a sua integridade psíquica. A fé de Lusia Satilho é necessidade prática, construção real de outras possibilidades de existência dentro da instituição.

“— E a pessoa morre?”.

“— Não, não é que morre, é p'ra enterrar os mortos, p'r'o macumbeiro não pegar p'ra dar ataque na gente”.

“— E as pessoas continuam vivas?”.

“— Continua vivo, e agora eles tão alegres, engordaram. A lina [Eulina] virou um troço de gorda, que ela tinha asma, ela vivia magra. Aí, depois que enterrou as almas, pode lá conversar com ela p'ra ver. Daí, não tem alma p'r'o macumbeiro pegar p'ra fazer macumba na gente, porque se eu não enterro, o macumbeiro fica dando ataque nas minhas filhas”.

“— Mas aí, se enterra a alma a pessoa fica desalmada?”.

“— Não, fica não, fica bem. Porque aí não tem nada p'ra fazer macumba, porque a pessoa nem conversar não conversa, entendeu?! A pessoa fica bem. Aí, as famílias delas aí vem e vai p'ra casa. E volta sem perigo, n'é?”.

“— Então, o que você enterra é a alma que 'tá possuída pelo macumbeiro?”.

“— *É, que o macumbeiro matou. Cada um tem macumbeiro. É difícil um que não tenha macumbeiro que não pega a pessoa. Se esqueceu de fazer missa, não faz missa pras almas, daí, o macumbeiro pega*”. (Lusia)

A cultura vem da experiência partilhada, da prática da vida. “*A gente vai vivendo no mundo e o povo ensina a gente a viver*”. A reza de Lusia é esperança de vida, seu misticismo, histórico, precisamente por fazer história: a sua própria, e aquela que se desenrola pelo nosso diálogo. O recurso à fé, observado na narração, além de protegê-la de sortilégios hospitalares responsáveis por desgraças pessoais, é também esperança de que se refaçam os contatos com os parentes e de que venha daí algum suporte para a desinternação. Verifica-se aqui um amplo entendimento das razões sociais e políticas que mantêm a hospitalização, e mesmo em que condições de cuidados médicos o “tratamento” se desenrola.

“— *Você falou que reza três horas e meia por dia?*”.

“— *Três horas e meia por dia, todo dia*”.

“— *E o que você pede?*”.

“— *Eu peço p’ra perdoar eu, as contas que eu fiquei devendo, que eu vou pagar, não vou fazer mais. Perdoar porque eu rezava Pai-Nosso e Ave-Maria, e não pode, tem que rezar só esse daqui... [recita um mantra budista]*”.

“— *E o que significa isso?*”.

“— *É tocando tudo que é ruim, o que é ruim vai embora. Pessoa que é ruim p’ra gente não fica perto da gente, vai embora. Peço p’ra não deixar eu morrer, p’ra guardar eu de todos os perigos, bastante coisa*”.

“— *Quando você falou p’ra perdoar as contas, que contas são essas?*”.

“— *Que eu fiquei devendo?! Eu fiquei devendo um oratório que eu comprei lá em Curitiba, p’ra consagrar ele [Buda]*”.

“— *E como é que chama o oratório?*”.

“— *Butsidan. Daí, eu não tinha dinheiro, fiquei internada e não deu p’ra ir pagar o aluguel de casa. Que o macumbeiro ficava inventando que já nem morava mais lá. Saiu no “Fantástico” essa minha história mais o macumbeiro. Eu não vi, mas disse que saiu no “Fantástico”*”. (Lusia)

A preocupação com uma dívida a ser saldada não vem pela lógica da culpa, do acerto moral, e sim, parece mais um elemento na composição da sua prática religiosa. Serve ao rito tanto quanto o seu mantra budista: ainda a mesma esperança de sair e retomar a vida lá fora.

“— *Mas será que essas dívidas já não foram perdoadas?*”.

“— *Não, eu vou pagar. Quando eu sair eu vou pagar. Eu vou atrás p’ra pagar*”.

“— *E nunca ninguém fez dívida com você?*”.

“— *Não, só eu que devo. Bom, tem uma mulher que eu trabalhei dois meses. O dinheiro era p’ra fazer missa, a mulher não pagou. Um restaurante, lá nas Mercês, em Curitiba*”.

“— *Era uma mulher rica?*”.

“— *Não, não era rica, mas ela tinha casa dela, tinha restaurante. Aí eu trabalhei dois meses com ela, p’ra fazer missa pras almas e ela não pagou*”.

“— *Alguém mais ficou te devendo?*”.

“— *Não, só essa*”.

“— *E será que essa mulher fica rezando todo dia p’ra que você perdoe ela, ou não?*”.

“— *Não, ela é do Catimbó lá, do fedor, comédia*”.

“— *E o que é Catimbó?*”.

“— *Comédia, diz que é comédia. A reza deles, lá do macumbeiro lá*”.

“— *Alguém mais te prejudicou na sua vida?*”.

“— *Essa mulher aí que não pagou os dois meses. Daí, o macumbeiro tocou a matar os parentes tudinho meu, porque se eu tivesse oferecido missa, era só doze. Daí, matou quinhentos, quatrocentos e setenta parentes, e conhecido e namorado, tudo, matou tudo. Não pagou. Eu fui num prédio lá, Ministério do Trabalho, aí, eles falou que não tinha jeito, que eu não tinha carteira registrada. Sobre, perdi. Era p’ra fazer missa p’r’as almas. Aí, depois disso, o macumbeiro matou tudo os meus parentes.*

“— *Você tinha muito namorado na época?*”.

“— *Eu arrumei muito namorado e o macumbeiro matou tudo*”.

“— *Você disse que, quando casou, não sabia o que era o amor, depois você descobriu?*”.

“— *Depois eu achei que eu amava, namorei bastante. Eu me lembro de um caminhoneiro que eu gostava muito, mas acho que o macumbeiro matou ele. Ele chegou a ir em casa um ano, mas acho que o macumbeiro matou ele*”. (Lusia)

Do conteúdo místico, avizinha-se o histórico de injustiças por que passou. O mundo do trabalho a desgraça por agravos e outras opressões. A “má sorte” no Ministério, numa realidade social em que apenas é considerado sujeito quem vive e prospera profissionalmente repercute no próprio sentido de futuro, a expectativa com a continuidade da vida por condições favoráveis. O envelhecimento de Lusía e suas memórias têm a marca social e política desse percurso.

“— *Como é que você chegou lá em São Genaro?*”.

“— *Eu fui internada. Foi dois polícia que eu toquei pedra. Quando eu vim de Curitiba a São Paulo, sem ninguém, n'ê?, porque minhas filhas 'tava aqui em São Paulo. Aí, quando eu cheguei perto do viaduto da Vila Maria, aí, eu peguei um ônibus, uma circular, e ela não ia nem p'ra Vila Maria, nem p'ra Tatuapé. Eu peguei ela, pensando que ia p'ra Tatuapé, p'ra ir na casa de uma conhecida minha. Daí, a circular desce p'ra Marginal Tietê p'ra sair na Penha, daí, eu fiquei com raiva. Daí, descí perto do viaduto da Vila Maria. Aí, dois carros começou a andar assim, a mexer comigo, toquei pedra, toquei pedra assim. Daí, a polícia 'tava perto e segurou eu. Eu não vi que tinha polícia. Veio por trás assim, eu tacando pedra, me segurou e me levou p'ra internar no São Genaro. 'Tavam a pé, mas tinham carro. O carro 'tava perto, me botaram no carro e me levaram*”.

“— *Ah, então foram os policiais que te levaram?*”.

“— *Foi, mas tirar eles não tira, foi só p'ra internar. P'ra tirar, agora, não tira, só a minha filha. Nem a minha filha pode entrar aqui nessa droga, porque tem gente que pode tomar a bolsa dela e matar ela, e fazer e acontecer, por isso que eu 'tou rezando, p'ra tirar essas tranqueiras do caminho*”.

“— *E o que falaram p'ra você, quando te internaram, disseram o motivo?*”.

“— *Não, internaram, levaram p'r'um cubículo e já internaram. Já fecharam eu num cubículo, e remédio em cima*”. (Lusía)

A “desorientação” é assunto de polícia, e o manicômio, para esses casos, é sua extensão. A “perda do rumo” por Lusía move a ação policial e, para isso, o pretexto do seu comportamento “inadequado” compõe um cenário irretocável. O “cubículo” e o “remédio em cima” coroam a obra. “*Mas tirar eles não tira, foi só p'ra internar*”: o sistema não prevê a

desinternação. Como o Código Penal brasileiro não contempla na letra da lei a possibilidade de prisão perpétua, os prepostos do sistema carcerário parecem saber precisamente a quem recorrer. O processo de encaminhamento ao manicômio judiciário é moroso, já o manicômio geral é mais acessível. A instituição psiquiátrica é a única no sistema hospitalar que pratica a “longa permanência” por princípio, e até à morte, se necessário for, às vezes celeremente. A condição de envelhecimento, sem recursos ou apoio familiar, pode dar carga renovada a essa prática.

“— E como é que era o remédio?”.

“— Era um comprimido azul, Aldol. Outro p’ra dormir, branco. O azul era o Aldol, p’ra dormir, p’ra cabeça, n’ê? E o branco é p’ra nervoso, que ela achava que eu ’tava muito nervosa. Claro, eu ’tava sofrendo, ué!”.

“— E esses remédios deixavam você mal?”.

“— Deixavam eu com sono, tonta, me deixavam com tontura, e não podia dormir de dia, não tinha um quarto. Aqui, é mais sossegado, mas lá não prestava, em São Genaro, nem na Casa de Saúde de Santana, também não. Aqui, é bom, mas lá não era”.

“— Mas você falou que o remédio faz mal p’ra você”.

“— Mas eu tomo de noite, dá soneira, mas e aí?, ’cê vai fazer o quê?!”.

“— Você já experimentou reclamar?”.

“— Eu falei p’r’o médico, mas não adiantou nada”. (Lusia)

Quaisquer reclamações nesse sentido são sem efeito. A medicação tratará de conformar a interna ao diagnóstico da doença psiquiátrica. A partir daí, de um jeito ou de outro, os sintomas deverão se manifestar. Por outras palavras, será preciso fabricar sintomas que confirmem e aprofundem o diagnóstico, e é bastante o terreno social e político nesse meio investigativo.

“— E lá no cubículo, você ficava trancada?”.

“— Ficava trancada”.

“— Amarrada?”.

“— Não, amarrada, não, só trancada. A porta era fechada, comia lá dentro mesmo. Tinha escada lá, levava a comida lá dentro, a gente comia lá dentro mesmo. Eles abriam a porta, entravam com a comida e davam comida p’ra nós, bastante mulher juntas. Mas aí, tinha cubículo que não tinha banheiro. Daí, os fiscal do INPS foi lá e viu que não tinha banheiro e que tinha gente dentro, daí, fechou o Hospital, fechou. Daí, eu fui transferida p’ra Casa de Saúde de Santana”.

“— E aí, como é que faziam as necessidades?”.

“— Daí, fazia no chão. Daí, o fiscal viu e fecharam o São Genaro”.

“— E na Casa de Saúde de Santana?”.

“— Aí, lá, não ficava no cubículo, não. Ia p’r’o pátio, podia sair p’r’o pátio. De vez em quando, a assistente social levava a gente p’ra ir numa praça, numas ruas, andar com a gente numas ruas, lá a gente ficava um pouquinho, p’ra tomar um ar”.

“— E no São Genaro? Tinha muitas mulheres no cubículo?”.

“— Ah, tinha bastante, acho que umas trinta, por aí”.

“— E dava p’ra deitar no chão?”.

“— Tinha cama. Era um prédio, mas fechado, não saía, não saía p’ra lugar nenhum”.

(Lusia)

A escola da loucura, ou a fábrica de sintomas. Pouco a pouco, o sofrimento antes aceitável se incorpora ao planejamento pedagógico, e tudo vai sendo explicado retrospectivamente pelo diagnóstico da doença. Porém, mesmo com métodos prontos a atenuar as mais desavisadas expressões dos sentimentos, nem sempre conseguem evitar que resistências e lutas se empenhem nesse campo. Na narração de Lusia sabemos que essa prática técnica não inviabiliza o sentido de criação pela própria experiência. A narradora dá um testemunho de vida. Sua relação com a violência hospitalar a alcança mesmo antes do próprio internamento. Sua experiência atual é com a medicação alternativa à convulsoterapia.

“— E tomava choque lá?”.

“— Não, choque não”.

“— E você nunca viu aplicarem choque em ninguém lá?”.

“— Eu já vi aplicar choque, mas lá não usava, não. Na Casa de Saúde de Santana também não”.

“— Onde você viu?”.

“— Aplicar choque... eu vi aplicar choque foi lá no, no hospital que eu trabalhei, em Curitiba, Hospital Nossa Senhora da Glória. Não usa mais aplicar choque”.

“— E como as pessoas reagiam quando aplicava?”.

“— Ficavam tudo tonto. Dava pena”.

“— Você nunca tomou choque?”.

“— Eu não preciso. A pessoa que precisa não sabe conversar com você, tem a cabeça ruim. Eu alembro de tudo na minha vida. A pessoa que precisa tomar choque não alembra do passado da vida, é tapado da mente, é tapado. Agora, não usa mais, agora toma o Aldol, ou a injeção de Aldol, sara a cabeça”.

“— Mas o remédio chega a ser pior que o choque?”.

“— Mas o choque é pior. Ah, eu acho. Se eu fosse ter que tomar, eu tinha medo”.

“— Mas quando eu entrei aqui você disse que tinha que tomar muitos remédios”.

“— Mas é remédio de nervos, me dá uma soneira que só vendo, derruba. Fica até dez horas da manhã deitada, sem coragem p’ra levantar. Eu levanto p’ra tomar café lá no refeitório, mas na marra, sem vontade”. (Lusia)

Evidencia-se a apreensão pela narradora da lógica que preside a elaboração de diagnósticos, a interpretação dos sintomas a partir de um “conhecimento” que permite reconhecer no outro as manifestações da doença, e os modos “adequados” de lidar com ela. As prescrições médicas de injeções, choques ou comprimidos, e mesmo os nomes e efeitos desses “tratamentos”, são situações observadas pelos internos e verbalizadas nas narrativas. Há um saber desse funcionamento institucional. O horror como regra, cotidianamente restabelecido e acumulado por décadas. O imperativo institucional é desequilibrado pelo fato de nem sempre darem conta de neutralizar a memória das suas vítimas. E essa falha dá prova da capacidade de resistência que desenvolvem os internos. O sentido acertado da observação está não apenas em ver como e o tanto que sofrem, mas também em tentar entender como e por que não perecem integralmente pelo sofrimento aí planejado.

“— Como é que era lá na Casa de Saúde de Santana?”.

“— Lá era melhor, lá não ficava preso em cubículo, não. Eu já 'tava melhor. Já tinha passado um ano tomando remédio em São Genaro, n'ê?”.

“— Amarrava?”.

“— Amarrava, não”.

“— Nem amarrava os outros?”.

“— Eu já vi amarrar, mas nunca fui amarrada não”.

“— E lá em Santana, não dava choque nos outros?”.

“— Não, não dava, não”.

“— E nesses lugares, como é que era a convivência com os enfermeiros? Era ruim?”.

“— Era ruim”.

“— Batia?”.

“— Na Casa de Saúde de Santana eles 'tavam judiando de pacientes lá”.

“— Batiam como?”.

“— Arrastavam, ponhavam no cubículo, deixavam trancado. Lá a comida era ruim, só bonzo, a mistura era quase só bonzo”.

“— O que é Bonzo?”.

“— Comida de cachorro. É, quase não dava frango, carne de boi, não, só bonzo, p'ra comer com arroz e feijão, era ruim. Tinha muito doido que a gente tinha medo de dormir junto, tinha medo deles bater na gente. Em mim nunca bateu porque eu rezava, n'ê? Fiquei dez anos e lá fechou também, e daí vim p'r'o Pinel, e aqui faz cinco anos que eu 'tou aqui. E de todos que eu fiquei, o melhor é aqui”.

“— Aqui você nunca viu ninguém ser amarrado?”.

“— Não, nunca. Eu não bato em ninguém, difícil bater em alguém, não vou avançar nas enfermeiras. Porque tem gente que já deu nas nossas enfermeiras, 'viu?! Avança no médico também, tem gente que tem coragem de avançar”.

“— E aí, o que que os médicos fazem?”

“— Aí eles amarra, amarra, mete injeção”.

“— Injeção do que, Lusia, de Aldol?”.

“— É, sossega-leão”.

“— E o que que essa injeção faz com as pessoas?”.

“— Aí, fica tonto, toma uma delas, fica tontinho, dormindo três dias”.

“— E você já tomou uma dessas?”.

“— Eu tomei, quando eu fui internada eu não queria ir lá p'r'o carro, sabe?, eu queria fugir. Daí, eles me aplicaram uma, quando eu ia p'r'o São Genaro”.

“— *Aqui, você nunca tomou?*”.

“— *Não*”.

“— *Mas o povo aqui, se bater no médico, toma?*”.

“— *Ah, toma!*”.

“— *E amarra também?*”.

“— *Amarra também*”.

“— *E amarra na cama?*”.

“— *Amarra na cama... [aponta com o dedo] ali os ferrinhos embaixo da cama, p'ra passar uma corda de pano. É as tiras feitas de pano. Tá num saco lá na rouparia. E amarra os braços, amarra os pés*”.

“— *E só faz isso se bate nos médicos?*”.

“— *Só isso*”.

“— *Mas se responder p'ra eles?*”.

“— *Também*”.

“— *Não pode falar nada?*”.

“— *Não*”.

“— *E se não quiser tomar o remédio?*”.

“— *Tem que tomar, senão elas amarra e dá injeção*”. (Lusia)

A ambivalência quanto às arbitrariedades institucionais vai aos poucos se dissipando num discurso contundente, com denúncias que alcançam eco também em outras narrações, como a presença dos ganchos de ferro que servem às cordas e amarras dos internos nas camas do hospital, e a administração de injeções e outras medicações como forma de controlar comportamentos.

Lusia mostra a foto das duas filhas e as identifica pelo nome. “*A mais velha, a que dá ataque, ela deve estar em algum hospital por aí. A mais nova não dá ataque*”. Os retratos ficam ao lado dos ensinamentos budistas afixados na parede do quarto, e servem para manter sua fé e esperança de desinternação.

“— *Faz dezesseis anos que eu não vejo as minhas filhas. Ela fala de lá que vem buscar eu*”.

“— *Você fala com elas pelo telefone?*”.

“— É. Ela qualquer hora vem buscar eu”.

“— E você tem vontade de ir embora?”.

“— Ah, eu tenho vontade de ir embora, morar com as minhas filhas. Aí, a minha prima ensinou a falar assim, uma palavra p’ra desmanchar macumba, sabe? Quando o macumbeiro agarra a gente p’ra fazer macumba, você fala assim: esse é o espírito criança que tem que desencarnar de mim, esse é o espírito criança que tem que desencarnar de mim... Aí, eu comecei a fazer. Aí, quando o macumbeiro começava a fazer macumba, começava a comichar a cabeça assim, o pescoço, aí, eu ficava falando. Daí, não dava ataque. Aí, agora, os macumbeiro não pega eu. Eles pararam de pegar eu, não dá ataque em mim. Então, as minhas filhas, que não sabem se defender, então, dá ataque nelas. A mais velha. A mais nova, não. A mais nova sabe se defender, ela reza, ela não tem o Buda, mas ela reza, lê o Suta. Daí, ela fica bem.

“— E como você aprendeu essa religião?”.

“— Então, uma conhecida minha. Aí, eu dei dinheiro p’ra ela, ela escreveu uma carta e mandou p’r’o Japão. Daí, veio isso aqui p’ra mim [um papiro com inscrições e ensinamentos do Buda]. Aí, quando eu termino de rezar, eu rezo p’r’as almas delas, daí fica benzida. Eu rezo, olho p’ra foto delas, e mando rezar p’ra elas. Daí, elas ficam bem”. (Lusia)

A partir da sua experiência de sofrimentos, Lusia afirma a potencialidade das relações humanas. As suas resistências põem a nu a formação histórica e política do seu lugar. Pela produção de significados de salvação na narração, ao tempo da sua procura por outras saídas de uma realidade marcada por enormes dificuldades sociais e políticas, Lusia evidencia caminhos e entraves institucionais, ao mesmo tempo em que também abre terrenos de possibilidades. O enredo da sua narrativa não perde de vista a sua condição de autora da própria história de vida. O sujeito histórico se posiciona sobre o sofrimento. Do contrário, seria a vitória do poder psiquiátrico, quando mesmo as próprias memórias e suas criações históricas correriam o risco de terem seus significados silenciados. Lembrar pode, em todo espaço e momento histórico, alcançar um sentido de resistência, mas fazê-lo no interior do tempo em que se vivenciam sofrimentos e enormes arbitrariedades deve comunicar diferentes

sentidos. A análise dessas narrativas orais não pode perder de vista a realidade em que se constituem.

O manicômio não existiria sem o recurso contínuo à ideologia da doença mental. E esse poder político que atende às acepções sociais do que seja o normal e o anormal não deixa de fincar estacas institucionais a cada momento da história. A instituição manicomial impõe o aprendizado das suas práticas e assim inventa a própria legitimidade.

“— O senhor já tinha ouvido falar em Hospital Psiquiátrico?”

“— Já”.

“— O que o senhor pensava que era?”

“— Eu imaginava que era um lugar de repouso, onde a pessoa recebe os tratamento e repouso. Tinha ouvido falar no hospital de Franco da Rocha, que era o maior hospital da América Latina, mas não é igual a esse daqui. Ouvi falar de um homem que teve cinco anos lá”.

“— E como é que era lá?”

“— Mas em Franco da Rocha, eles batiam em gente lá. Se mexesse em televisão lá. Quem mexia eram os funcionários. O Oliveira apanhou muito lá, de cassetete, inclusive lá tem polícia. Investigador, não sei se tem não, mas lá tem oficial de justiça, tem juiz de direito, tem promotor e tem polícia. O Oliveira apanhou muito lá, que a televisão ’tava fora do ar, e ele foi por... não falou com o funcionário. Ele deu muita borrachada nele, lá”. (Ostílio)

O manicômio é uma instituição histórica e essa conclusão não deriva do campo da obviedade. Pensar a instituição psiquiátrica como produto de princípios e de idéias marca, e muito, o acúmulo de reflexão que se tem sobre esse campo. No entanto, a manutenção dessa linha de estudos fica impossibilitada quando o que temos não é o discurso institucional interno ou acadêmico, mas sim aquele que vem da experiência das pessoas que sofreram e ainda sofrem as arbitrariedades desses lugares. O manicômio é totalitário precisamente por se apresentar socialmente como instituição não histórica. O manicômio é um monstro político. O rótulo de “doença mental” não passa de ideologia a serviço da ocultação da experiência do

sofrimento. O diagnóstico psiquiátrico é um momento da violência real que se pratica nesses hospitais.

“Lá na Casa de Saúde Anchieta, tomava um comprimidinho só. Quando eu saía, o funcionário dizia: — O senhor bebeu, Seu Ostílio? É tomar esse comprimidinho e beber, que o senhor cai morto no chão. Bebeu bebida de álcool com esse comprimido, já sai morto. Bebi dia dois de julho. Depois, bebi uma cerveja Antártica em 90, depois não bebi nada. Queria beber vinho, mas não sei se posso, por causa do remédio”.
(Ostílio)

A hipótese diagnóstica de esquizofrenia ao tempo do corte inicial de nossa periodização era um tronco sólido do qual arborizava o conjunto dos “tratamentos” e práticas manicomiais e, hoje, é por uma miríade de anotações nosográficas que temos as várias fragmentações e ramificações desses funcionamentos, igualmente arbitrários nas novidades que se acumulam. Ontem e agora, permanece o fato de que o “tratamento” varia pouco nos diferentes casos. E o que guia sua manutenção, ou não, é única e exclusivamente o comportamento do paciente quanto à dieta e remédios. Nos prontuários, o registro desses detalhes se acumula por dezenas de páginas, apenas intercalado por outras anotações quando o paciente faz objeção ao “tratamento”, e aí se abre, então, o debate sobre a necessidade de ajustes na medicação. Quaisquer outros efeitos colaterais e indesejáveis não serão observados em decorrência de eventuais reclamações.

“— E como tratavam os colegas do senhor lá na Mococa? O senhor lembra? Tratavam mal?”.

“— Tratava, às vezes, tratava”.

“— Batia?”.

“— Às vezes, batia. Amarrava, amarrava na cama. Às vezes, tinha um enfermeiro lá, de lá, que foi trabalhar lá, o Carlo, que ele trabalhava de branco. Ele dava murro na boca do estômago dos outros, mas no meu ele não deu, não”.

“— E por que batia?”.

“— Batia à toa. Batia porque, às vezes, o camarada recusava tomar remédio, ou fugia, porque lá não dava alta. Depois que veio a alta. Alguns que brigava com os parentes e os parentes tirava, n'ê? É assim. O doutor Iranir que era o dono de lá, um dia eu falei: — Doutor Iranir por que que o senhor não dá alta e de comer melhor. Ele falou: — Mas aqui não é hotel. Eu falei: — Mas doutor Iranir, o senhor dá essa comida p'ra gente. [Comenta] Que ele era um turco, n'ê?, e era rico. Tinha um filho dele que era médico, foi p'ra lá. Tinha um outro filho que foi passear lá, morava em São Paulo, não sei onde. [Continua] — Mas, doutor Iranir, o senhor dá essa comida por quê? Por que que eu mereço comer essa comida, que o senhor 'tá dando aí, doutor Iranir? Ele falou: — Não, porque hospital não é hotel. [Comenta] Foi dono da clínica, mas depois o INPS revogou contra ele lá, tirou”. (Ostílio)

A resistência é criação e abertura de um campo político de ação. Também a situação colocada, opressiva e aparentemente inescapável, sempre deixa alguma brecha e, assim, outras possibilidade de resistir ao cenário imposto. A instituição, por mais rígida, nunca inviabiliza o instituinte. É também no espaço das eventuais generosidades que se movimentam contraposições à realidade manicomial. Qualquer apoio pela equipe técnica, ainda que por relação oficiosa, pode também possibilitar a reversão de um quadro desfavorável.

“— Nesse tempo todo que o senhor ficou em Mococa a comida sempre foi ruim?”.

“— Às vezes, melhorava, quando trocava a mulher da cozinha. Às vezes, eles invocava comigo, mandava desse tantinho assim de comida, e eu ficava com fome. Depois, eu falava p'ra ela, eles mandavam. E eu comprava as coisa p'ra comer também, n'ê? Comia peixe, às vezes comia x-salada. Eles não queriam que comesse hambuguer. É, comia”.

“— Mas como é que o senhor arrumava comida?”.

“— A Vanda ia buscar”.

“— O senhor dava o dinheiro p'ra ela, e ela ia?”.

“— O dinheiro já 'tava lá, depositado. Vinha contado o dinheiro do cartão, mil e pouco, mil e setecentos, mil e oitocentos. Meu. Que vinha no cadastro lá. Ela pegava e ia gastando. Tinha refrigerante também”. (Ostílio)

O manicômio é também produto dos contratos com as empresas que fornecem as marmitas de alimentos, e da força e presença dos conglomerados farmacêuticos no mercado. A alimentação e a dieta medicamentosa compõem o sentido maior da existência das instituições psiquiátricas. São relações econômicas às quais o manicômio concorre para criar ou fortalecer empresas farmacêuticas e prestadoras de serviços no setor alimentício.

Assegurado o campo vitorioso dos medicamentos, acusa-se a desumanidade das aplicações do eletrochoques. E mesmo, quem acredita no seu desuso? Como se sentir contemplado com a sua eventual não adoção quando temos a rápida escalada das psicocirurgias, reinvenção da lobotomia pelos modernos bisturis, e da farmacopéia psiquiátrica a cada momento mais popular e difundida?

“— O senhor lembra como é que foi a primeira vez que o senhor tomou um choque lá na Casa de Saúde Anchieta?”

“— Eu lembro que foi daí quando eu ’tava com cinco dias lá. Eu tomei lá e desacordei, eu desacordei, mas depois tomei banho e comi. Daí, comi, n’ê? Não pode tomar com o estômago cheio, senão morre”

“— O médico falou que precisava tomar o choque por que motivo?”

“— Falou que precisava tomar o choque porque eu ’tava um pouco fora da idéia, de si, e que meu cérebro não ’tava funcionando bem, n’ê? Se era caso emocional, precisava tomar choque”

“— E o que que o senhor falou quando ele disse isso?”

“— Eu falei que era mesmo, que precisava ser”

“— E doeu, Seu Ostílio?”

“— Não, não doeu, doeu nada”

“— Quanto tempo depois desse o senhor tomou os outros?”

“— Era assim, na base de dava hoje, depois deixava passar amanhã, e depois ficava separado lá, mais os outros, que era umas pessoas mental, n’ê?, e era noutra repartição, e depois dava. Dava hoje, passava amanhã, depois eles chamava”

“— E o senhor nunca teve medo?”

“— Não”

“— *E os amigos do senhor não tinham medo?*”.

“— *Acontece que o medo... as pessoas que faz o medo. É a pessoa que faz o medo, então, o medo não precisa de ser, não*”.

“— *E quando ia tomar o choque, ia p'ra uma salinha especial?*”.

“— *Era no quarto, a máquina vinha no quarto. Eles ligava na força, na tomada na parede*”.

“— *Então, o companheiro de quarto via o outro tomar choque?*”.

“— *Via, eu vi*”.

“— *E como é que era?*”.

“— *Esperneia todo, esperneia todo como quem vai morrer. Eu pensava assim, se tiver com o estômago cheio, morre. Eu falei p'r'o doutor assim, eu disse: — O senhor mandou dar comida p'ra ele, doutor? É porque o senhor não dá choque na pessoa com o estômago cheio que mata, heim?! Que aí já morreu gente aí*”.

“— *E quem aplicava o choque?*”.

“— *O doutor, o médico que aplica*”. (Ostílio)

Observa-se na narrativa o receio de que os cuidados necessários não sejam observados na aplicação do eletrochoque. Ostílio fala do “tratamento” como regra e não como um descuido eventual. A sua orientação para o médico não é despropositada ou fruto da ingenuidade, é resultado da experiência própria. Esse seu relato deve ser compreendido não apenas como denúncia de desajustes ou imprudências, mas também como expressão de olhar esclarecido do que seja uma instituição psiquiátrica. Difícil esperar outra maturidade de um diabético que teve a perna amputada em razão de um procedimento médico que desconsiderou o quadro clínico, ou melhor dito, em razão de um procedimento médico errado, realizado em uma instituição aparentemente médica.

“— *E davam choque?*”.

“— *Dava, dava choque. Inclusive, teve um paciente que morreu. Não foi de meu quarto. Eu soube depois, que eu não vi. O doutor Ulisses, ele saiu de lá, falou que não desse café p'r'o paciente, que ele ia tomar choque. Os enfermeiros deu café p'ra ele. Quando ele bateu o choque no homem, o homem morreu. Não pode comer quando dá de tomar choque. Eu tomei oito lá no Anchieta, tomei oito choque*”.

“— *E como é que era o choque, Seu Ostílio?*”.

“— *O choque, a pessoa desacorda na hora, quando chega aquelas duas pranchinhas*”. (Ostílio)

É grande a riqueza de detalhes com que Ostílio lembra da aplicação do eletrochoque. A importância dessa narração está no quanto evidencia a sobreposição da lógica administrativa ao pressuposto médico. O fato do “*doutor*” aplicar a eletrochoqueterapia sem antes verificar o estado de jejum do paciente não enfraquece o princípio administrativo, antes o esclarece nas relações de força e poder que o definem. Pelos procedimentos que não se cumprem, o doutor passa de assassino à vítima. O que aqui se relata faz lembrar o caso da paciente Maria Luiza de Oliveira, mencionado anteriormente, em que o doutor a responsabiliza pela morte da filha quando, grávida de praticamente oito meses, “*não revelara*” a própria condição de gestante durante o “tratamento” por eletrochoqueterapia. Por essa lógica, talvez se culpabilize também Ostílio pela amputação da própria perna, por não ter informado seu quadro de diabetes aos doutores da instituição médica. Da experiência de Ostílio, observa-se a administração científico-psiquiátrica naquilo que a especifica, uma relação de poder inclusive pela ciência.

“— *Era pior ver ou tomar?*”.

“— *Era pior tomar, é pior tomar, porque ver não ’tá acontecendo na gente, ’tá acontecendo no outro*”.

“— *Como é que era a máquina?*”.

“— *Era um quadrado, assim, que ficava no chão. Chega até à cabeça com o fono. Tem o fono, n’ê?, o fono que nem o telefone, só que é diferente, é duas pasinhas. Põe aqui, ó’ [aponta para as têmporas], passa sal, e aí chega. Não pode ser 220, que mata também, tem que ser 110/120. O médico é que sabe aplicar. Ele segura as duas pasinhas. Quando a pessoa sente a mediunidade do choque, aí ele tira. Daí, a pessoa dorme*”.

“— *Quanto tempo demora?*”.

“— *É rápido. Isso aí é uns dois minutos*”.

“— *Quanto tempo fica com a pasinha na cabeça da pessoa?*”.

“— *Isso aí é rápido. Ele fica um segundo, mais ou menos*”.

“— *Nunca teve um paciente que ficou mais tempo com a pasinha?*”.

“— *Não*”.

“— *Antes de ele encostar a pasinha não dava medo, não?*”.

“— *Não, não dava medo*”.

“— *Nem ansiedade?*”.

“— *Ansiedade dava, da mediunidade do choque, n'ê?*”.

“— *E esses oito choques que o senhor tomou, era tudo igual, ou teve um que foi pior que o outro?*”.

“— *Tudo igual*”.

“— *E depois o senhor sentia que melhorava?*”.

“— *Melhorei. Porque eu sentia uma dor na cabeça. Por isso que eu falei, n'ê?, falta de desenvolvimento do estudo, n'ê?, que dá dor de cabeça na pessoa*”. (Ostílio)

As ambivalências não traem a história, antes contribuem para que dela tenhamos entendimento. A identidade se elabora na história e é uma construção pela qual o sujeito se situa nesse terreno de disputas sociais e políticas. Assim, nada escapa à história. A percepção de Ostílio quanto ao seu estado de saúde trabalha significados que se constituem e se reproduzem também pelas práticas psiquiátricas.

“— *E ali na Casa de Saúde Anchieta, ninguém era amarrado, ninguém apanhava?*”.

“— *Apanhava, apanhava, apanhava, apanhava, que eles amarrava num lugar lá, nuns quartinhos sujos, e batia, o funcionário batia. Se ponzava p'ra dormir, e falava uma palavra, eles batia*”.

“— *Tinha um quartinho especial p'ra isso?*”.

“— *Tinha dois quartinho, mais ou menos*”.

“— *Amarrava onde lá, Seu Ostílio?*”.

“— *Amarrava numa pilastra. Amarrava as mãos, depois batia com uma borracha. Os funcionários batia, no Anchieta*”.

“— *E doía?*”.

“— *Eu não sei se doía, porque eu acho que doía, porque o cara gritava, n'ê? Agora, eu não teve nada não, eu 'tava falando lá, o funcionário veio na hora de dormir, eu*

'tava falando, eu falei: — Eu 'tava falando, sim, se você mexer comigo eu vou falar lá no INPS, cara. Não mexe comigo não, fica na tua aí, não mexe comigo não. Aí, ele levou o outro lá falando, e amarrou e bateu”.

“— E 'tava conversando o quê?”.

“— Nós 'tava conversando uma palestra. 'Tava sem sono, 'tava conversando uma palestra. Eu sofria insônia, agora eu durmo bem. Não podia falar porque eles não queria que falasse, queria que quando ponesse p'ra dormir, não falasse. Queria que ficasse em silêncio. E eu falei p'r'o homem: — Nós não vamos conversar que eles acha ruim, eles acha ruim aí, eu não quero alteração. E ele falou: — Não, vamos conversar baixo. E o funcionário viu, chamaram o José. Falei: — Não vou falar mais nada, não. [Comenta] Levou o outro. Em mim, não bateu, não. O moço falou: — Ele é muito calmo e muito educado, é que aconteceu que esse 'tava falando com ele, [e] ele respondeu. Aqui, a Vanda falou que eu sou muito educado e muito bondoso. Muito bom, a Vanda falou. [Essa guinada no curso do seu depoimento de resistência vem no momento em que funcionárias do Pinel adentram à sala de estar da moradia de Ostílio, permanecendo aí por algum momento]”. (Ostílio)

Dos castigos pela desobediência à lei do silêncio, aí relatados, observa-se o incremento de práticas de tortura ao “tratamento” psiquiátrico. O pelourinho manicomial: *“Amarrava numa pilastra. Amarrava as mãos, depois batia com uma borracha. Os funcionários batia, no Anchieta”.* Seria preciso, ainda, destacar o comportamento mais “suave” da equipe técnica consigo, em decorrência, talvez, do fato do narrador ser um homem corpulento, ao ponto de que não seria sem ponderações a opção de agredi-lo fisicamente. Os seus relatos evidenciam mesmo uma resistência por enfrentamento direto, quando os enfermeiros eram avisados de que por seus procedimentos arbitrários poderiam sofrer represálias igualmente físicas. Cabe também ressaltar a sua amabilidade nos diálogos que tivemos, se não presente nas narrativas transcritas, evidente naquilo que é difícil de transmitir em texto, a musicalidade da sua fala. A atenção dedicada a nossa conversa e o apreço pelo encontro dão uma medida de um homem de trato fino e fácil. Razão provável das suas vinculações de amizade, das quais lembra sempre nas histórias da vida institucionalizada e da

que precede os internamentos. A compreensão de Ostílio do “tratamento” pela medicação psiquiátrica também não se desvincula do fim repressivo que observa acima.

“— *E os remédios faziam bem p’r’o senhor?*”.

“— *Os remédios faziam muito mal. Tinha um médico lá que queria matar eu, o doutor José. O doutor José me deu mais de uma mão assim cheia de remédio. Foi depois, n’ê?, um tempo depois. Uma mão cheinha de remédio. Tomei*”.

“— *Ele forçou o senhor a tomar?*”.

“— *Não. Ele não forçava, mas dizia que tinha que tomar o remédio porque era prescrito*”.

“— *O senhor lembra como que o senhor se sentiu depois de tomar os remédios?*”.

“— *Eu lembro que eu fiquei tonto, n’ê?, mas não caí não, não, caí, não, que eu sou forte, não caí. Falei p’ra enfermeira Miriam. Ela falou assim: — Se o senhor não contar p’ra eles, Seu Ostílio, eu tiro, deixo razoado. [Ao que responde] — Eu não conto não, que eu não ’tou guentando. [Comenta] Ela tirou. Parece que deixou três comprimidos, ou um comprimido, que ela era enfermeira já antiga. Ela sabia, n’ê? Aí, que deu?! Ele capotou com o carro, quebrou a cabeça, na segunda vez ele trombou com um barranco, o volante entrou nos peito dele. Morreu. Depois, o remédio tornou razoado. Depois, eu tive uma infecção na urina. Cheguei e o doutor Portugal, que ele era clínico, e pegou ele como psiquiatra. Ele trabalhava, ele dobrava de remédio. Eu falei p’r’o Brás: — Eu vou jogar o remédio fora, Seu Brás, o senhor pode ter na certeza que eu vou jogar o remédio fora, vou jogar fora que eu não ’tou guentando. Aí, depois, ele saiu e entrou uma doutora descendente de alemão. Aí, foi bom*”.

(Ostílio)

A enfermagem aparece como poder intermediário entre a instituição e os pacientes, e isso tanto para os cuidados oficiosos como para as arbitrariedades. Efetivamente, é também pela mão desses funcionários que alcançam os internos as determinações que movem o seu destino dentro dos hospitais. Os enfermeiros e enfermeiras da instituição psiquiátrica ocupam uma função destacada na história das violências manicomiais, e isso, ao que as fontes aqui arroladas e outras pesquisas indicam, desde o momento em que essas instituições se constituem no Brasil, e em São Paulo especificamente. Contudo, a fala de Ostílio não deixa de

dar crédito ao empenho dos doutores para alcançar lugar de destaque nesse percurso histórico: afinal, é sobretudo por suas orientações e responsabilidades que os procedimentos se encaminham.

“— Tirando o remédio, o tratamento era bom?”.

“— Não era bom. O tratamento não era bom. Não era bom porque, comigo, era mal feito. Tinha dia que vinha só arroz e feijão, a empregada não dava carne. Dava p’r’os outros e não dava p’ra mim, e vinha assim. Eu falava, mas não adiantava nada. Ai, um dia, um funcionário, falou: — O senhor tem que comer sem sal. Um empregado lá, o Marquinho. Falei: — Mas, Marquinho, por que que eu tenho que comer sem sal? — É. O senhor tem que comer sem sal. [Comenta] E armou a colher p’ra bater em mim, eu falei: — Marco, se você é homem, Marquinho, ‘cê desce a colher em mim agora p’ra você ver só o que que é homem. [Comenta] Ele recusou. É, falei”. (Ostílio)

Pela lógica institucional psiquiátrica, a condição de envelhecimento e a eventual necessidade de cuidados nessa fase da vida justificam a internação de longa permanência, legitimando-a como conseqüente à própria natureza desses processos da vida humana. Essa estagnação final dos já inexistentes esforços pela autonomização dos internos define o encerramento do caso. Tudo se recobre do traço da inevitabilidade: o abandono, a solidão, o definhamento da saúde, a morte dentro do hospital. O envelhecimento sem atenção específica, a omissão protocolar da instituição e as arbitrariedades de todo tipo são conformados ao processo natural e inescapável do envelhecer. A ideologia psiquiátrica se reforça no asilamento de velhos e velhas. Ostílio sabe que sua condição, no hospital, é de morada, e não de tratamento. Daí, sua preocupação, que ecoa nas narrativas dos outros, em sempre reafirmar o desejo de permanecer internado. As cogitações em contrário aparecem como uma ameaça à própria vida. Já não há mais a mesma resistência para as transferências, e os vínculos sociais foram inteiramente desfeitos. Se o histórico asilar conformou a vida à situação de asilamento, que pelo menos ao final da vida não o negue. A desinternação deve vir por políticas públicas, o que, pelo que sabemos das próprias narrações, mereceria a aprovação de todos. A

experiência olha com desconfiança qualquer proposição de uma realidade melhor que pudesse vir por despacho fácil.

“— *Como que o senhor acha que o idoso é tratado no Brasil?*”.

“— *O idoso no Brasil, às vezes, ele é bem recebido, às vezes, ele não é. Tem que ser bem recebido e tem que ter a carteirinha p’ra ônibus e tem que não pegar fila no local, num lugar de exame, de INPS, dessas coisas*”.

“— *Já aconteceu com o senhor de não ser bem recebido?*”.

“— *Já. Outro dia mesmo eu fui num médico lá, ele falou que não era nada grave, que era p’ra ir em Pirituba, n’ê? Eu falei: — Já que não deu p’ra fazer nada, muito obrigado. [Comenta] Falei p’ra ele. Ele não fez nada*”.

“— *E porque que ele não fez nada?*”.

“— *Porque não fez, não examinou, nada. Ele não deu remédio, não deu nada. Já me chamaram de velho e eu falei: — Velho é saco e o senhor ou a senhora vai ficar velho também, se não morrer. [Comenta] Porque o idoso não é porque a pessoa é doente, é doido, não. Às vezes, diz que a pessoa dissimula, caduca, caduca, mas eu não sou caduco, não, eu não sou, não, eu falo as coisas é na realidade. Às vezes, vêm dizendo que a pessoa depois dos 70 vem caducando, mas eu não caduco, não, que na idéia real eu sou anjo de Deus, eu sou o profeta Jonas, anjo de Deus. É real o que eu falo. Se eu falar que o camarada ’tá errado, é porque é, que eu estudei p’ra isso e eu sei*”.

“— *Por que as pessoas ficam falando isso, quando não é verdade?*”.

“— *Abuso das pessoas, as pessoas são abusadas*”. (Ostílio)

A narrativa de Ostílio é enfática no curso da realidade a que está submetido. A sua visão crítica é esperançosa e cria enredo próprio, ao mesmo tempo em que afirma sua autoridade narrativa. Referencia ao governo como possibilidade de elaboração de políticas públicas adequadas aos idosos. Sua experiência com o desrespeito de toda a vida não o leva a desacreditar na política. Suas palavras buscam a construção da possibilidade do diferente, da mudança. “*Esse Lula é um governo e tanto. E o Geraldo Alckim eu vou tirar o chapéu, que o governo de São Paulo é macho. Que eu ’tou fazendo p’ra cair a votação tudo p’ra eles, Geraldo Alckim e Marta Suplicy*”. E, assim, crê na história e na transformação social.

“— Se o senhor pudesse decidir por todo mundo, como que o senhor diria que tem que ser a vida de um idoso?”.

“— A vida do idoso tem que ser aposentado, com bom amor e boa morada e bem recebido no lugar que vai, e respeitado. E o governo não ponhá no asilo p’ra ele sofrer. E dar conforto p’r’o idoso, que merece, n’é? Dar abrigo e dar conforto. Se os parentes não quiserem ele, então, não. Então, eu vou por num abrigo, que nem eu ’tou aqui, p’ra não deixar sofrer. P’ra não deixar nessas clínicas que eles matam, põe prego na cama, que tem lugar que eles põe prego na cama e fica sem tomar banho, sente frio. Não cuida da pessoa, bate. Eu não quero ir é p’ra esses lugar, que eu falei que se fosse p’ra eu ir, eu ia p’ra minha terra, não ia p’ra esses lugar, não. Minha mãe morreu em casa, na casa dela, com 88 anos. Nunca ninguém pôs em clínica, não. Morreu com 88 anos, dentro de casa. Morreu, eu já ’tava em Mococa. Eu fui lá, ela falou: — Capaz que você não me vê mais. [Comenta] Que era a única vez que eu ainda ia ver. Morreu, é. ’Tava internado em Mococa, já tinha amputado a perna, aí, não falou. Depois, um dia, a Ana Luisa me falou que a minha mãe tinha faltado, falei: — Se for com os poder de Deus, se foi Deus que levou, ’tá bem levado”. (Ostílio)

A história faz a compreensão. A mãe teve os cuidados de que precisou para morrer na própria casa e avançada na idade. Ostílio não fala a partir dos relacionamentos regradados pelo eixo do que seja a moral das obrigações incondicionais de família. A atenção aí é para uma realidade social em conformidade com os cuidados para o envelhecimento saudável, ao mesmo tempo em que situa a sua presença no tempo atual a partir de uma nítida defesa de costumes de outras épocas da sua experiência de vida.

“— As famílias fazem isso porque toma abuso da pessoa, p’ra sentir-se livre, com orgulho, n’é? Ou p’ra pessoa morrer logo e eles ficar com o que têm”.

“— Isso acontece, Seu Ostílio, o senhor já viu isso acontecer?”.

“— Já, já vi”.

“— Com o senhor nunca aconteceu?”.

“— Comigo aconteceu, que o meu irmão ficou com a aposentadoria minha de 12 anos e tantos. Mais de 12 anos e queria ficar, e eu tirei dele. Ana Luisa, assistente social de Mococa, eu falei com ela. Ela tirou dele. Ele queria só receber, só receber. A Vanda me leva no carro do Hospital, eu vou receber no banco, todo mês. Quando não é todo

mês, às vezes, passa de um mês, dois meses, às vezes, p'ra receber. Ta lá, cai no cartão". (Ostílio)

É recorrente, nas narrações, a observação da ameaça dos parentes roubarem o pouco que resta. Aparece acima uma nota de reconhecimento à cooperação da equipe de assistência social como um espaço mais flexível de relação institucional. A reclamação não leva a nada, é desprezada. A urgência dessa atenção hospitalar talvez seja uma das maiores, pois dá visibilidade à realidade de contradições e disputas sociais em meio à ideologia da doença mental. Ostílio tem clareza da necessidade de garantir recursos materiais mínimos. *“Só precisa comprar mais roupa, uns três casacos e outras coisas. Pijama tem que comprar, p'ra tomar banho e vestir”*. E nesse sentido, a enfermagem, igualmente submetida a dificuldades econômicas pela precarização das próprias relações de trabalho, pode se tornar aliada próxima. Os discursos se harmonizam num diálogo comum.

“[Enfermeira] Seu Ostílio, o senhor tem um presto-barba p'ra me emprestar?”

“— Presto-barba?! Não tem... quem é?”

“— A Dedete”.

“— Ah, a Dedete?! Então, tem”.

“— Amanhã eu trago p'r'o senhor”. (Ostílio)

Por vezes, a experiência compartilhada no terreno social das disputas e dificuldades incorpora outros sujeitos institucionais num comum de esforços em direção à melhoria das condições de vida dos internos dentro das instituições. A assistência social, quando implicada politicamente, ocupa papel relevante na instituição manicomial. A denúncia de Ostílio, ainda em Mococa, põe termo à exploração pelo irmão.

“12/08/96. Não temos contato com familiares do paciente. Um de seus irmãos, que foi seu procurador, recebendo seu benefício, durante muito tempo sem prestação de nenhuma assistência ao paciente, e sem visitá-lo. Conseguimos transferência de seu benefício, depois de muito trabalho, pois mesmo os documentos do paciente, o irmão não fornecia. Rosângela Rossetti – assistente social”.

O seu prontuário traz anexo dois cartões-postais do referido parente. Ficamos sem saber se os mesmos chegaram às mãos de Ostílio. Para o caso de alguma hipótese que se queira arriscar, sabemos que a situação de seqüestro das correspondências pessoais se repete na documentação de outros internos, tanto do presente como do passado, como vimos mais acima. Segue a transcrição do conteúdo dos documentos, únicas evidências da presença do irmão, procurador omissos dos direitos de Ostílio. Por meio dessas fontes, observa-se a injustiça dos costumes institucionais históricos que dão aos familiares a prioridade quanto à interrupção da condição civil do paciente psiquiátrico, sem a verificação igualmente judicial do cumprimento das responsabilidades que devem assumir nesses processos. O ato de interdição tem base em jurisprudências amplamente legitimadas por uma formação social e política de desigualdades e preconceitos.

“[De próprio punho] Desejo-lhe um Natal repleto de felicidades, e, um próspero 1989. São Paulo, dezembro de 1988. Joaquim. [Mensagem impressa no interior do cartão] Aonde há amor, há luz para iluminar a noite da tristeza. Aonde há amor, haverá a promessa de que a paz estará sempre presente. [O cartão traz na folha de capa a reprodução da pintura de uma igreja em meio à neve, com a chegada dos fiéis numa Noite de Natal]”.

“São Paulo, 18 de janeiro de 1990. Prezado irmão Ostílio José dos Santos. Em Mococa – Est. de São Paulo. É com muita satisfação que lhe escrevo esta carta, desejando-lhe saúde e felicidade. Aqui todos com saúde graças ao Bom Deus. Irei ao hospital fazer-lhe uma visita ainda no começo de fevereiro. Continuo procurando um lugar onde você possa passar uns dias de licença conosco. Lembranças de Jazon, Valdice, Estela, Elisângela, Marcio, Tobias, Frelnida e eu mandamos p/ você. Sem mais, do seu irmão, Joaquim”.

Nem pela experiência de décadas de internação, nem pelas injustiças sociais e econômicas a que são submetidas suas vítimas, não se poderia jamais dizer que inexistem o

trabalho de afirmação da própria presença e autoridade na história, ou que a criação humana não se sobreponha à dor. As injunções institucionais não suprimem a produção de sentidos de apropriação do mundo. E nesse percurso, em que se sofre e envelhece, os sonhos e os desejos das primeiras fases da vida ainda marcam a construção histórica de si mesmo. A lógica manicomial não suplanta a realidade humana. Existe um percurso da história na experiência do sofrimento.

“— Como é que é ser idoso?”.

“— Ser idoso é, mais ou menos, que eu, forte, sou igual ao novo, sou igual ao novo, a mesma coisa. Tenho minha cama aqui, durmo, durmo que quase perco a hora do jornal. Idoso é bom, é”.

“— E aqui dentro o senhor tem muito amigo idoso?”.

“— Não, que eu conheço não tem, não. Tem um caso na ala masculina e um no Convívio. O Joaquim diz que tem quarenta e poucos anos, o Cornélio tem cinqüenta e poucos e o Carlos tem 53. O Cornélio 51, é”.

“— Aqui dentro idoso e jovem é tratado igual?”.

“— É, é tratado igual. Idoso e jovem é tratado igual”.

“— Quando o senhor era mais moço, o senhor imaginava que um dia ia ficar idoso?”.

“— Imaginava, imaginava que ia viver mais de 100 anos”.

“— Quando o senhor imaginava que o senhor ia ficar idoso, o senhor imaginava que ia 'tá morando onde? O que ia 'tá acontecendo com o senhor?”.

“— Eu sonhei com um lugar, viajando. Com a viagem, umas pessoas branca, loira, o Estado que era São Paulo. Eu sonhei, é. Eu gosto de gente da cor do senhor e da cor minha, assim, e mais a cor branca, n'ê?”. (Ostílio)

O manicômio não apaga o fazer-se da história pelos homens. O sofrimento não os retira do campo de lutas e disputas sociais do seu tempo. O sofrimento, histórico, ocultado pela ideologia da doença mental não esconde do homem o próprio homem. A experiência dos narradores ganha sentido também quando recupera no diálogo perspectivas de relação e reafirmação do próprio lugar nos processos que são o modo de vida de um tempo específico.

Ostílio afirma a força da sua presença e autoridade narrativa quando fala da igualdade entre idosos e jovens. A sua percepção do que seja o envelhecimento sublinha como injustiças da história as arbitrariedades a que pode ser submetido esse momento da vida de um homem.

“— *O que é a loucura p'r'o senhor?*”.

“— *A loucura é uma coisa que vem e dá nos nervos da pessoa e sobe p'ra cabeça. E quando dá, às vezes, quando 'tá bom, 'tá bom. E, às vezes, quando dá, lá em Franco da Rocha tem que ser contido, n'ê? Lá, tem os cubículos à porta de ferro, p'ra fechar, porque não pode deixar. Não pode deixar que eles faz danos, n'ê? Pode agredir o outro. Ou contêm na cama às vezes, n'ê? Dá remédio p'ra pessoa voltar em si. Loucura é uma coisa que muitos saram e outros morrem com ela, não sara. É, loucura é assim. Mas eu fiz eléctrico numa rua de São Paulo. O médico falou: — Deu negativo, a dor de cabeça do senhor não é nada disso, não. O exame do senhor 'tá aqui, e o que que 'tá escrito aqui?! Negativo. Vou mandar p'r'o senhor levar lá p'r'o INPS. [Comenta] Foi numa rua lá que eu esqueci, que era um médico especialista. A loucura é uma coisa e, às vezes, a pessoa é novo e é louco. Mas, às vezes, a velhice, a pessoa vai vivendo, vai vivendo e fica de dar idoso, mas, às vezes, é bom da idéia. Eu sou bom da idéia*”. (Ostílio)

Pela narrativa, a loucura é realidade biológica, ao mesmo tempo em que se inscreve no social. Os sentidos da separação que propõe entre loucura e envelhecimento trazem a experiência do que seja sofrer da preconceituosa pecha de “velho caduco” que o submete à condição de asilamento na instituição psiquiátrica. E é de dentro da própria lógica dos diagnósticos que Ostílio encontra a sua defesa.

Próximo ao fim da sua narração, Ostílio recebe um funcionário designado para atender a uma solicitação sua de alteração da chave do chuveiro do morno para o quente. Se as narrativas orais dos velhos manicomializados reforçam a afirmação da própria saúde psíquica, não será difícil que evidenciem também sua resistência à falta das demais autonomias.

“[Técnico] — *'Tava no quente. O chuveiro 'tava pelando, eu botei no morno*”.

“[Ostílio] — *'Tá no morno ou no quente?*”.

“— *Tava no quente, agora eu botei no morno*”.

“— *'Tava no morno, Seu Luís, 'tava no morno, é p'ra por no quente*”.

“— *O chefe lá embaixo mandou por no morno*”.

“— *Agora 'tá muito frio, Seu Luís, p'ra gente tomar banho no morno. Mas não é ele [o chefe] quem manda. Quem manda é nós, nós é quem toma banho, não é?! É, ou, não é?! É. É nós quem toma banho. No morno, com um tempo desse, não dá... porque 'tava no morno*”.

“*[O funcionário vai até o banheiro e, enfim, muda a chave do chuveiro para o quente. Preenche uma ordem de serviço e telefona do ramal da casa de Ostílio para dar conta do fato ao suposto chefe] — Então, Seu Ostílio aqui falou p'ra por no quente. [Da conversa pelo telefone vem uma suposta contestação, ao que o funcionário responde]: — Disse que 'tava muito frio. Que era p'ra botar no quente. [Mais contestação e responde resignado]: — 'Viu?! 'Tá bom?! [Provavelmente recebe a orientação para que permanecesse no local e aguardasse uma encarregada que averiguaria o caso]: — Então, vou esperar p'ra ver se ela aparece aqui, então. [Mais orientações]: — 'Tá, 'tá bom, então. [Desliga e fala em tom audível para que Ostílio o escute]: — Esperar ela vim aí p'ra mim ver o que que eu vou fazer. [Caminha até a varanda da casa e ali permanece por uns minutos, mas como espera em vão, decide ir embora]*”. (Ostílio)

As pequenas burocracias hospitalares aparecem em grande medida também nesses protocolos não psiquiátricos, ou então, psiquiátricos apenas na desautorização completa e irrestrita dos seus pacientes. A disputa entre técnico de manutenção e paciente aparece aí para marcar alguma presença institucional, quando são precisamente todos os cuidados médicos que faltam. Em meio à total aridez de atenção hospitalar e humana que testemunhei nesses lugares, foi mesmo muita esperança e um bom e educado tratamento que tive das pessoas que entrevistei.

“*Então muito obrigado, todos os parentes do senhor, que Deus abençoa o mundo, Brasil. São Paulo deu muito arroz esse ano e no ano vindouro, vai dar mais. Não é só arroz não, vai umas par de tudo da terra, é*”. (Ostílio)

Ainda sobre a problemática dos serviços sociais dentro da instituição psiquiátrica, vale apresentar a história de Maria das Dores Silva, “*tecelã, branca, natural do município*

alagoano de Ibateguará e nascida em 15 de março de 1940”, internada na Unidade Convívio do Hospital Pinel pela cunhada, em 15 de abril de 1999. Segundo anotações em prontuário, teria vindo da Casa de Saúde Santana, não se apontando ao certo aí o período dessa internação. Logo que admitida na “clínica” do Hospital Pinel, passa por um atendimento psicológico “*objetivando aceitação de limites p/ um melhor contato interpessoal*”, ao que se define a “*categoria funcional: pouco independente*”, a “*habilidade social: agressiva*”, e o “*diagnóstico psiquiátrico: esquizofrenia paranóide*”. Os apontamentos são sumários e não recebem justificativas médicas mais apuradas. Por um exame, quatorze dias após o primeiro contato, a instituição é informada por Maria das Dores sobre seu estado civil de solteira, e a história pessoal de guarda e criação de cinco filhos adotivos. Conta, também nesse momento, que viera para São Paulo à procura dos irmãos, não sabendo como e por que havia chegado à situação de internamento. Sabe-se, pelas fontes, que a cunhada, responsável, a procura em visita um ano e meio depois do seu registro de entrada, período em que também teria recebido uma irmã. Em 02 de junho do mesmo ano de 1999, as seguintes constatações clínicas dão conta das razões para alteração da hipótese diagnóstica de “*esquizofrenia paranóide*” para “*esquizofrenia residual*”.

“[02/06/1999] Paciente diz que se encontra calma, comendo bem, não se mostrando inquieta ou agressiva e apresentando comportamento adequado, segundo enfermagem, durante sua internação aqui. Não evidencia idéias paranóides e distúrbios de senso-percepção e diz que nunca apresentou tais queixas. Não evidencia idéias delirantes de qualquer tema. Apresenta embotamento afetivo, desorientação auto e alopsíquica e diminuição em memória de fixação e evocação. Demonstra juízo crítico da realidade parcialmente prejudicado e se queixa de insônia”.

Queixas e denúncias por internos de conflitos familiares na origem da própria internação costumam ser recuperadas como paranóia ou resultado de motivação psíquica de fundo persecutório. O breve abandono dessas posturas, no entanto, parece sempre beneficiá-

los na avaliação diagnóstica, quando então se atenuam as especificações do mal psiquiátrico. Contudo, pela lógica manicomial, nunca se livram definitivamente da esquizofrenia os pacientes marcados por esse diagnóstico. Na melhor das hipóteses, o que se observa como sinal de melhora são os seus sintomas “residuais”.

O prontuário segue com economia nas anotações, dando conta do cotidiano de seu comportamento quanto à alimentação e remédios prescritos.

Em 29 de maio de 2003, ocorre a primeira tentativa de contato da assistência social com uma filha de Maria das Dores. A familiar estaria residente na casa de uma senhora a quem prestava serviços domésticos. Por telefone, uma parente da tal “*empregadora*” relata à assistente social supostas complicações psíquicas de que sofreria a funcionária, apontando nesse momento os cuidados especiais que recebia em sua casa, sendo “*cuidada pela sua família como uma filha*”. No mesmo informe, a assistente social conclui aquele que seria o quadro de abandono de Maria das Dores, uma vez que não teria, então, quem lhe pudesse cuidar. Quatorze meses após, e decorridos quatro anos de internação, segue o encaminhamento definitivo.

“22/07/04. Fizemos contato com Antonio Balleimo filho, filho de M^a das Dores, este confirmou o desejo de recebê-la em sua residência. Conta que já estava negociando a compra de 1 casa próxima à sua, com a intenção de trazer a mãe pra perto dele (sic). Ficamos de enviar foto de M^a das Dores e ele tb vai mandar a sua e de seus familiares para a Mãe. Fizemos contato com Brasília e posteriormente com a Coordenação de Saúde Mental de Maceió para providenciar o De Volta para Casa. Acreditamos que até o final de Novembro será possível levá-la definitivamente para o convívio com o filho. Neusa”.

“28/07/04 Contato com Antonio Balleimo filho em Maceió para detalhes e data de alta hospitalar. Este nos informou que já está fazendo empréstimo p/ comprar casa para M^a das Dores. Encontra-se otimista com a chegada da mãe, diz que seu desejo é oferecer a ela o melhor. Combinei que estou enviando carta com fotos e ele diz que também vai mandar fotos da sua família. Fechamos a alta para 29/11/04, onde

estaremos levando M^a das Dores p/ Maceió, p/ residir junto com o filho que não a vê desde 1983. Neusa”.

Aparece no prontuário uma cópia da carta enviada pela assistente social à Coordenadoria do Programa de Saúde Mental de Maceió pedindo providências dentro do Programa federal “De Volta Para Casa”, como a liberação do benefício de um salário-mínimo para o filho que se comprometeu em aceitar o retorno da mãe.

Não pude entrevistar Maria das Dores, ou pelo menos não com o auxílio do gravador de áudio, não tive sua permissão para isso. Sua presença destacava-se dentro do Hospital Pinel, sempre com um vistoso chapéu de palha, sempre sozinha e, na maior parte das vezes, cantando canções nordestinas com afinação digna de nota. Chegou a me relatar, nas duas palavras que trocamos, que teria atuado como cantora profissional na rádio de sua cidade.

Na ocasião do desfecho do seu processo de desinternação, em conversa com uma enfermeira, soube das últimas palavras de Maria das Dores na recepção pelo filho em Maceió. “*Nunca mais!*”, foi a resposta que mereceu a assistente social acompanhante na sua viagem de volta para casa quando do convite para que num futuro próximo retornasse em visita ao hospital. O evento teria surpreendido a enfermeira não pelo descuido da servidora social, ou qualquer impulso em seu gesto “simpático” no sentido de ocultar ao filho presente, sofrimentos e contradições sofridos pela mãe, mas, sobretudo, pela reação de Maria das Dores, inesperada porque sempre se mostrara “*embotada*” e taciturna. As posturas de isolamento e os próprios silêncios dentro do manicômio devem se explicar também como perspectiva de resistências por esses internos. Como hipótese apoiada nas narrativas orais recolhidas, observa-se que as denúncias recuperadas como produção de quadro delirante, e as dificuldades de acesso aos meios institucionais de reversão concreta do próprio caso – como o esforço de localização de um parente próximo, a conquista dos documentos civis que quase sempre faltam, e, sobretudo, o recurso a eventuais políticas públicas favoráveis à

desinstitucionalização, como benefícios e o caso do próprio “De Volta Para Casa” acima mencionado – têm no “*embotamento*” e silêncio dos internos a possível represália a essas arbitrariedades. Maria das Dores era tipificada como uma personalidade psíquica não reagente ao mundo. No entanto, a reversão do seu silêncio em resposta à assistente não pode mais ser recuperada num quadro psiquiátrico, Maria das Dores já não é mais paciente.

Os supostos distanciamentos e outros comportamentos refratários nesses espaços devem ser incorporados como fonte histórica valiosa. Expressam significados importantes sobre a experiência da internação, podendo apontar o rastro de possibilidades e entraves no campo das práticas e relações institucionais. As contradições e incoerências que se verificam nos prontuários, o descompromisso institucional com a melhora das condições reais e possíveis da existência dessas pessoas, e, assim, as lacunas na investigação da sua caminhada pregressa à institucionalização, representam a face mais violenta desses lugares, porque é o que lhes caracteriza como instituições de seqüestro de vidas, histórias e liberdades, não sem o recurso corriqueiro a diagnósticos comprometedores.

O processo de Maria das Dores serve como medida da importância dos trabalhos cumpridos pela assistência social nessas instituições, as quais quase sempre são apenas espaços de reclusão. Dos eventuais esforços desses funcionários, fica a impressão de que passa por aí o único traço institucional que avança nas questões da realidade imediata dos internos. A ausência completa desse movimento, por irresponsabilidade das atribuições que cabem a esse serviço institucional, aparece como a pior situação a que podem estar submetidas essas pessoas que aí vivem. A questão da relevância dos encaminhamentos dos assistentes sociais sugere que o problema definidor da instituição não é médico-psiquiátrico, mas social.

E, então, do processo relatado, evidencia-se a importância de se recuperar pelo terreno da política a produção de significados pessoais e institucionais sobre experiências de

sofrimentos no campo psiquiátrico, pois a partir daí, podem surgir caminhos e outras indicações de entendimento dessa realidade. E assim, também pretensas justificativas manicomiais por avaliação de um quadro de misérias e injustiças econômicas, como situações de abandono – o “não ter quem cuide” –, jamais poderão legitimar o asilamento nas condições que temos aqui. O manicômio é uma instituição política localizada, que se explica pela história social do seu lugar, ao mesmo tempo em que cria significados internos que anunciam também o seu fim possível.

“— *Aí, quando você ficou internada, você ficou sozinha ou alguém ficou junto com você?*”.

“— *Não, eu ficava lá junto com as pacientes. A minha irmã ia lá fazer visita p’ra mim*”.

“— *Como chamava sua irmã?*”.

“— *Maria Benedita Adão*”.

“— *Ainda é viva?*”.

“— *Ah, isso eu nem sei. Agora nem sei mais da minha família, como é que é, se são vivo ou se são morto. Faz tempo que eu não vejo mais ninguém, faz tempo. Eu tinha o telefone da minha irmã. Ai, um dia, eu peguei e telefonei na casa da patroa da minha irmã, aí falou: — A Ditinha já não mora mais aqui, ’tá internada no Hospital das Clínicas. [Comenta] Minha irmã já não ’tava mais trabalhando nessa casa. Ai, um dia, eu telefonei na casa da minha sobrinha, da filha dessa irmã minha. Telefonei na casa dela, ela pegou e falou assim: — A mãe ’tá aqui em casa. [Comenta] Que ela já tinha saído do Hospital das Clínicas, n’é?, e ’tava lá na casa da minha sobrinha*”.

“— *E por que ela foi internada?*”.

“— *Sabe que eu nem sei por que que ela foi internada, sabe?*”.

“— *E você conseguiu falar com ela?*”.

“— *Consegui*”.

“— *Isso faz muito tempo?*”.

“— *Isso faz mais de um ano já*”.

“— *E quantos anos você ficou lá em Guarulhos?*”.

“— *Sabe que eu até esqueci quantos anos, quanto tempo eu fiquei lá, sabe?, até me esqueci?*” (Maria Aparecida)

As lembranças de Maria Aparecida trazem a experiência do sofrimento por um quadro de processos históricos, a partir do qual temos, em sua narrativa, a clara reposição de uma conjuntura de contradições determinadas junto a esses sentimentos. O mundo do trabalho é seu ponto de partida e, pela narração, sabemos que também o da própria família. A família é uma instituição que trabalha sentidos que vêm pela história, ao mesmo tempo em que os produz. Mais uma vez, se recoloca a necessidade da pergunta: o “não ter quem cuide” diz precisamente o quê? O estudo dessa problemática deve percorrer os sentidos do que seja a desumanidade? Essas respostas familiares em contextos de graves dificuldades sociais e econômicas explicam a humanidade ou a política? E o que essa segmentarização explica?

A condição de abandono, em qualquer contexto, se define por um jogo de forças políticas em luta, que não têm ponto de partida nas motivações internas e pessoais apenas, no sentido da falta de consciência porque também a “falta de consciência” é um trabalho da consciência dentro de uma cultura determinada. A família é uma forma da sociedade, e a falta de consciência familiar, uma produção da sua caminhada política e social. Não existe o lugar do qual se posiciona o homem para observar o mundo com responsabilidade, com consciência antecipada. A observação e a produção de significados conscientes no mundo são já uma experiência pela qual presenças conscientes se afirmam e reafirmam. Se a consciência dá sentidos ao trabalho da vida, é também porque na vida se constituem seus sentidos. Contudo, seria a antiética e a antidemocracia por princípio se práticas irresponsáveis e arbitrariedades não estivessem no alvo das denúncias por perspectivas de avanços históricos na direção de uma justiça social e econômica com a participação de todos e igualdade de direitos. A questão é garantir a vida com qualidade, institucionalmente, sem que os sortilégios das violências impliquem a ruína pessoal. A democracia pressupõe instituições pelas quais possamos ter garantidos o direito à vida com saúde e todos os demais bens culturais adquiridos pelo curso

da humanidade. A noção de humanidade só pode vir, então, do campo de sentidos adquiridos pela experiência da democracia.

Não existe a consciência anterior ao possível político e humano. O entendimento da situação de abandono familiar virá, então, pela análise das contradições históricas das instituições sociais, e aí estão as consciências, os sentimentos, os sofrimentos, os amores e desamores, o envelhecimento, a família, e todos os outros terrenos de construção de sentidos humanos. Maria Aparecida explica a própria família por significados de construção do mundo próprio, as políticas que são os próprios modos de viver no mundo e a partir do mundo. E saberá mesmo localizar no enredo da sua narrativa histórica as responsabilidades familiares e, assim, os conflitos e profundos desrespeitos produzidos nesse convívio. A participação igual junto ao poder familiar lhe foi negada pela presença dos preconceitos e violências que aí se apresentaram devido a sua condição de saúde. Redefinidas noções e práticas de respeito social a partir do campo das lutas e forças históricas em disputa – antes o campo da intersubjetividade do que o da subjetividade –, podemos afirmar a falta de consciência e desumanidade familiar vivenciadas por Maria Aparecida entre os seus.

“— E foi triste a primeira vez que você chegou no hospital?”.

“— Não, não foi triste não. Tinha um médico que não queria aceitar eu, não queria aceitar. Aí, minha irmã pegou e conversou direitinho com o médico. Pegou e falou assim: — Às vezes ela quer arrancar a roupa e sair correndo p’ra rua. Diz que eu pegava e fazia isso, queria arrancar a roupa e sair correndo p’ra rua. E era verdade, diz que eu queria arrancar a roupa. Precisava minha tia trancar a porta e tirar a chave, que eu queria pegar e sair correndo p’ra rua”.

“— E você lembra disso?”.

“— Isso eu não lembro nada dessas coisas, não lembro nada dessas coisas!”. (Maria Aparecida)

Retrospectivamente, a casca da internação recobre o *“conversar direitinho com o médico”* como prática científica. Contudo, esse não é um fóssil vegetal perdido na

superposição de supostas camadas da história, pois nem a história tem camadas, nem arbitrariedades como essa se explicam como atraso ou passado da ciência. Ao contrário, com o passar do tempo, são as condições da política que se redefinem e, com elas, a possibilidade de superação dessas práticas igualmente informadas pela política. O contra-discurso é afirmação dessa potencialidade, garantindo que vozes ganhem visibilidade, com outras experiências e poderes. As narrativas orais dão mostra desse poder. O poder está em todos os lugares, porque é em todos os lugares que há a possibilidade de poderes se constituírem, bem como o caminhar de homens e mulheres pela alteração do processo da história. A memória é também o registro de outros passos e ritmos, outras possibilidades dessa caminhada, modos e maneiras de passear a vida, que se perderam ou foram ocultados. Também o momento do diálogo, a oportunidade de narrar, cria experiências de direitos, pelo respeito e pelas percepções revalorizadas que o narrador alcança por meio da história que conta. A oralidade é uma criação e não uma recuperação de significados. O lembrar é uma possibilidade do presente. Maria Aparecida dá seu testemunho.

“— E lá em Guarulhos, que tratamento eles davam p’ra você, só remédio?”.

“— Era só remédio que eles davam p’ra mim”.

“— Não tinha choque, nem nada?”.

“— Não, não, isso não”.

“— Era um hospital normal ou psiquiátrico?”.

“— Normal. Faziam feijoada p’ra gente lá, tudo. Aí, eu não sabia que eu ’tava de alta, né. Aí, um dia, eu ’tava almoçando, ’tava até comendo feijoada, aí, quando vê: — Maria Aparecida Adão?! [Comenta] Aí, a enfermeira diz que mandou a minha irmã esperar um pouco que eu ’tava almoçando. Depois, ela foi lá, viu se eu tinha acabado de almoçar. Não tinha acabado de almoçar ainda. Peguei, larguei tudo a feijoada lá, e peguei e juntei a minha roupa e fui p’ra casa da minha irmã. Já ’tava de alta. Aí, a minha irmã, ela ’tava doente também n’ê?, pegou e falou: — A Cidinha já caiu hoje aqui no chão, precisa pegar e levar ela p’ra internar outra vez. [Comenta] Aí, pegaram e me levaram eu p’ra Guarulhos outra vez. Até a mulher da limpeza ’tava lá, falou: — Ai, ’cê ’tá voltando p’ra cá outra vez?! Aí, eu peguei e falei: — ’Tou

voltando. [Comenta] Minha irmã pegou e me levou p'ra Guarulhos outra vez".
(Maria Aparecida)

O sofrimento é real e histórico, tanto quanto o hospital psiquiátrico. A memória de Maria Aparecida não perde de vista essa construção. Os temas que se encadeiam aí trazem um forte sentido de rejeição social pela família. O conflito de injustiças por que estaria passando evidencia-se também pela percepção da “mulher da limpeza”: “*Ai, 'cê 'tá voltando p'ra cá outra vez?!*”. As contradições estão presentes e são visíveis, para quem bem as vive ou se insere por características sociais no seu grupo alvo. Maria Aparecida também é “mulher da limpeza”.

“— *Você já viu alguém tomar choque?*”.

“— *Choque?! Choque, já vi gente tomar choque*”.

“— *Em que lugar?*”.

“— *Lá, em Guarulhos mesmo, que eu vi. Os médicos pegava e ligava o aparelho lá, e pegava e tacava choque na cabeça das pessoas. A pessoa ficava tremendo*”.

“— *E por que fazia isso?*”.

“— *Porque era preciso, porque a pessoa não era boa da cabeça*”.

“— *Em você nunca deram?*”.

“— *Em mim nunca deram, não*”.

“— *E davam em muita gente?*”.

“— *Não era em muita gente que dava, não*”.

“— *E como é que a pessoa ficava depois que tomava o choque?*”.

“— *A pessoa pegava e ficava dormindo*”.

“— *E depois que acordava?*”.

“— *A pessoa ficava meia boba, assim, sabe? Ficava meia zozona*”.

“— *Eles tinham medo de tomar choque?*”.

“— *Eles não tinham medo, não*”.

“— *Quando o médico vinha dar choque, brigava?*”.

“— *Não, ninguém brigava, falava direitinho*”. (Maria Aparecida)

Como em outras narrativas, o recurso à eletrochoqueterapia é verificado dentro da rotina hospitalar mais ordinária. Quem não sofreu, viu sofrer. Os testemunhos dessas atrocidades têm o valor da coragem de terem sido proferidos de dentro do contexto vivo das violências. Tratar do assunto teve sempre pelos internos a atenção para possíveis represálias por parte da instituição. O tom era outro, sempre o cuidado redobrado com as palavras, mesmo negando-se inicialmente a falar, sempre um olhar indagador quanto ao comprometimento da investigação que se propunha – se realmente com a história de vida deles ou com o hospital.

Difícil de comunicar nas transcrições, mas, por vezes, a resposta negativa dos narradores para a pergunta sobre a própria experiência com o eletrochoque vem peremptória, como se respondessem também aos comentários desabonadores que rondam o “tratamento”. Ser vítima do choque é ser louco e evidência cabal de que *“a pessoa não era boa da cabeça”*. Esse eco para a lógica manicomial, sem querer aqui negar ambivalências, pode ter um sentido prático. Parece que o que se testemunha com a negação dessa experiência é a própria sanidade, fazendo-se, assim, nova denúncia da situação de internação. As vítimas cotidianas do choque acabam em algum momento sucumbindo em suas forças e resistências, restando como que mortificadas, pelo que sua imagem de corpo moribundo ganha lugar supostamente natural e definitivo no campo do internamento. O esforço de diferenciar-se disso pode vir como estratégia de afirmação da própria vida, e como denúncia da condição em que se encontram.

Do processo de recolher essas narrações de dentro da situação manicomial, observou-se, em algumas histórias, o movimento de filtrar os dados mais comprometedores da realidade institucional, como que a salvaguardar cuidados e garantias para a própria desinstitucionalização, mas também o respeito e a autoridade narrativa no momento da entrevista. Essa observação não caminha aqui no sentido de lançar suspeição sobre as

narrações, antes o que se busca é entender historicamente a perspectiva dos enredos. Falar da violência manicomial é falar sobre ser violentado, testemunho nunca fácil de dar, sobretudo a um desconhecido, que a princípio não se sabe ao certo o quanto pode, ou não, ser confiável. De qualquer forma, garantida alguma segurança, os testemunhos sempre vieram fartos de detalhes.

A violência psiquiátrica tem vasto alcance, como o risco de perder-se a própria memória de suas vítimas. Falar é uma oportunidade política. A ocultação das fontes pode vir sem que nem mesmo cheguem a se pronunciar na materialidade histórica. Pior do que ser impedido de narrar é não encontrar recepção para os significados de experiências determinadas, donde sabemos que também o silêncio pode se compor de matéria política.

De Guarulhos, Maria Aparecida segue para a Casa de Saúde Santana, e com o encerramento desse serviço, chega ao Hospital Psiquiátrico Pinel. A fratura na perna, após uma queda dentro do Lar Abrigado, a coloca sob os cuidados da Unidade Convívio. Ali, sua estada está por conta da alimentação e dos remédios e também da imobilidade. Maria Aparecida, antes do acidente, estava envolvida nos trabalhos internos de fabricação de tapetes.

Num certo momento da entrevista, ouvem-se os gritos da enfermeira pelo corredor, anunciando a hora da dieta, o lanche da tarde.

“Ai a dieta, ai a dieta, não quero dieta, não. ’Tou sem vontade de comer, ’tou sem vontade de comer. A comida é sem sal, vem um pacotinho só de sal e despeja na comida. Carne, eu já não como, porque eu não gosto de carne. Eu gosto demais sabe do que que é?! De verdura”. (Maria Aparecida)

Quem traz a “quentinha” é Lusia, naquele momento cooperando com a enfermagem. A interna observa o desconforto de Maria Aparecida e recorre à funcionária para saber da possibilidade de substituir a refeição. Passado algum tempo, é a própria enfermeira que vem até o quarto. Como Maria Aparecida havia demonstrado algum enjôo já apenas com a idéia de ter que comer àquele horário e aquela comida, comento, desavisadamente, sobre o seu mal-

estar. Minha displicência, própria de quem conhecia pouco as fortes questões internas em torno da dieta alimentar, coloca Maria Aparecida em dificuldades. Justifica-se a tensão da conversa que segue.

“[Enfermeira] — Tá enjoada Adão?!”.

“[Maria Aparecida] — Não, dá ânsia de vômito. [E, receosa, refere-se a sua mudança para a Unidade, sob os serviços da enfermeira] — Não, não ’tou enjoada porque eu saí de lá, ’viu?! [Continua] Ai, deixa eu levantar. Essa perna minha aqui tá...”.

“[Enfermeira aos gritos] — Já ’tá boa!”.

“— Ai, ai, ’tá doendo, ’tá doendo, ’tá doendo, ai meu Deus do céu, quero ficar sentada”.

“[Enfermeira, no mesmo tom] — Não, ela já ’tá boa!”.

“— Não, ’tá me doendo a perna aqui, ’tá doendo a perna, sim. Não é mentira minha, não, ’tá doendo!”.

“[Enfermeira, pondo termo à questão] — Se sentir muito enjoada, come pouco!”.

(Maria Aparecida)

Tão logo a funcionária se retira, recorre Maria Aparecida a estratégias para livrar-se do problema, mas com atenção para não restar da iniciativa qualquer evidência, afastando, assim, a possibilidade de represálias. Como apontado em outro momento, a alimentação e os remédios servem à função de confirmar a presença forte da instituição. A desatenção para isso move a repressão ao nível do que já vimos em outros casos: injeção, camisa-de-força e, ainda pior, o rastro do “comportamento inadequado” no prontuário, fazendo com que se ajuste a medicação de forma a “adequá-lo”. Maria Aparecida ainda relata ter regurgitado o almoço do mesmo dia, e, junto, a medicação que lhe tinham administrado. *“Foi. Era duas horas. Quando eu fui ver, o remedinho branco lá dentro [no vaso sanitário]”*.

“’Pera que eu não vou comer essa comida, não. Ai, ela levou a tampa p’ra lá. [Faz num gesto o que seria a intenção de retirar a comida do prato para a tampa de alumínio] P’ra fingir que eu comi. Ai meu Deus, onde ’tá o sal? Não tem sal. [Vai revirando as porções para que parecesse ter comido] Isso aqui eu vou pôr aqui.

[Inspecciona o copinho plástico com a bebida do dia] O que que é?! É Toddy?! Ai meu Deus! Ah, Toddy, não gosto! Eu gosto de café com leite. Ah, como é que eu faço com isso daqui, como é que eu faço com isso?!". (Maria Aparecida)

Enfraquecida a saúde e desmantelada toda a rede social, o manicômio surge como opção concreta para o envelhecimento. Ao velho sem saúde e recursos econômicos próprios, o asilamento poderá servir como alternativa de moradia. Pela ideologia médica, esse processo merece o diagnóstico de “fragilidade das possibilidades psíquicas próprias” ou “carência de recursos internos”.

“— Tem alguma previsão de você sair daqui?”.

“— Não, não puseram, não”.

“— E você gostaria de sair daqui?”.

“— Eu não vou sair daqui porque não quero ir mais p’ra casa dos meus parentes, não. P’ra casa dessa família minha que pegou e judiou de mim tudo lá, n’é?, que eles me judiavam muito de mim lá, me judiavam muito de mim. Pegava eu doente, tudo, pegando e fazendo serviço, tudo”.

“— E você não tem p’ra onde voltar?”.

“— Não tem. A minha sobrinha que eu telefonei lá na casa dela, aí, foi a moça que é dona da casa lá, atendeu o telefone, falou: — A Eliete não mora mais aqui. [Comenta] E eles pegaram e foram embora e não deixaram endereço, nem número de telefone, nada”. (Maria Aparecida)

Na carência de tudo – uma condição social favorável e uma estrutura familiar disponível –, Maria Aparecida fica refém de uma política pública que não a alcança. Pela ideologia liberal, esse processo merece a denominação de “destino” ou “azar”. Não existe no manicômio a possibilidade de alta, de um dia sair com a saúde restabelecida, condição supostamente definidora de qualquer serviço de atenção à saúde. Isso porque não é a saúde, precisamente, o alvo dos “tratamentos” praticados nesses “hospitais”. As narrações expõem com clareza essa realidade, os prontuários a confirmam, e os médicos e a equipe de enfermagem, prepostos dessa condição histórica, são sua maior garantia.

“— *Você acha que aqui é um bom lugar?*”.

“— *Eu acho*”.

“— *Um bom lugar p’ra ficar velho?*”.

“— *É, um bom lugar... então, eu não quero mais voltar p’r’os meus parentes, não. Com a minha família, não quero mais voltar, não. Meu tio pegava, eu ’tava fazendo serviço, n’ê? Até café que eu ia tomar eles pegavam e me negavam p’ra mim. Eu ’tava passando pão na manteiga que eu ia pegar, chegava as minhas primas. Eu levantava, punha água no fogo, esperava a água ferver, depois eu pegava e ia buscar o pão e o leite na padaria. Ai, elas já tinham pegado o pão e ’tava pegando o meu p’ra punhar manteiga, e a minha tia ficava olhando o tanto de manteiga que eu passava lá no pão. Então, dá gosto de a gente ficar com uma pessoa dessas?! Não dá gosto de a gente ficar na casa de uma família dessas. Ai, meu Deus do céu, não vejo a hora de começar a receber minha aposentadoria, viu?! Tinha uma assistente social que me levava p’ra eu pegar a minha aposentadoria, depois pegou e não me levou mais*”.

“— *Um velho precisa de mais coisas do que um jovem?*”.

“— *O velho precisa mais. Às vezes, quer comprar uma roupa, não tem dinheiro. Mais saúde p’ra eles. Os outros falam assim, que eu tenho bastante saúde*”.

“— *Os seus pais morreram velhos?*”.

“— *Eles já morreram velhinhos, já*”.

“— *Você lembra?*”.

“— *Só a idade da minha mãe eu não lembro a idade dela, a idade do meu pai eu também esqueci. Já tinha cabelo branco. Era boa a velhice deles*”.

“— *Tinha casa?*”.

“— *Não, morava em casa de aluguel*”.

“— *Tinha o que comer?*”.

“— *Tinha. Depois, minha falecida mãe ficou doente, precisou ir p’ra Santa Casa, ficou internada*”. (Maria Aparecida)

Na democracia, o sentido da segurança é a conquista mais ampla da cidade. A fala que remete para a sensação de medo e instabilidade, antes de ser questão de foro íntimo, evidencia um estado de leis não participado com igualdade no seu processo de fundação. Uns têm mais direito do que outros e, assim, também o sentimento de pânico é histórico. As noções liberais

que observam, na condição de tranquilidade, o contexto gerado pelo esforço e mérito individuais. Sabe-se o quanto a lei pode ser tenebrosa para os que não partilharam ou se viram representados na sua formação. A revalorização da experiência desses sujeitos invisibilizados e ocultados em suas presenças e vozes traz luz para o entendimento do processo de formação histórico, político e ideológico da cidade em que vivem.

“— A senhora já ouviu falar alguma vez em loucura na infância da senhora?”

“— Acho que ouvi, mas não prestei atenção. A gente fica pensando, n’ê? Meu Deus do céu, e se vir bater assim na gente, n’ê?! A gente fica pensando, a gente fica olhando, olhando, olhando, depois não dorme sossegado. Ficava com medo, sim”

“— A senhora já ouviu falar em manicômio?”

“— Eu já ouvi falar, mas nunca fui ver, nem quero ver um. Tinha um [louco] que andava por lá, nunca fez mal p’ra ninguém, o pessoal dava comida. Ele agradecia e ia embora. Mas [isso] quando os maridos estavam em casa, porque as mulheres não gostavam, se os maridos não ’tavam em casa, que ele ficasse por ali, se aproximasse, com conversa. Então, elas falavam p’ra ele: — Olha, o meu marido vem vindo. [Aponta o receio e conseqüente evasão do morador de rua] Ele, ó...”. (Ivone)

Quando falta a segurança pública, tomada no sentido político do termo, resta a milícia privada, o lar familiar protegido e bem guardado, a segurança policiada. A pobreza, numa sociedade excludente e totalitária, dá legitimidade suficiente para a voz de prisão, e a luta de classes faz funcionar a lógica policial. A ameaça da vinda do “marido”, a reserva doméstica do policiamento da própria propriedade, constrange o “pobre louco” não por conta de um eventual embate físico, mas antes porque a isso não poderia responder por qualquer via, pessoal ou social. A pobreza de bens, perante a técnica de conflitos de normas jurídicas de nosso tempo e lugar, não investe o pobre da condição de sujeito de direitos. O direito é histórico, a norma é social. Não é a integridade física, sobretudo não a da pobreza, que a polícia resguarda. No sistema de ponderação entre princípios e direitos, em nossa sociedade, o direito à propriedade se sobrepõe ao direito à vida. Ainda que esse último seja constitucional,

virá sempre pelo entendimento de homens e mulheres determinados. A sentença é política. E é o próprio resguardo à vida que faltará para a pobreza quando faltar aí a propriedade. O “pobre louco”, nesse contexto, será ainda menos sujeito de direitos quando, aos olhos da lei, não puder dar provas da sua subjetividade como capacidade pessoal de valoração. O resguardo à subjetividade, no sentido do que importa ao sujeito de direitos, no caso da loucura, deverá antes motivar o processo de interdição, a guarda de direitos por um terceiro. Os moradores indesejados das ruas sabem dessas jurisprudências por prática de vida.

“— A senhora já ouviu falar em asilo de velhos?”.

“— Já ouvi, mas nunca fui lá, não. Eu nunca vou nesses lugares, eu não gosto, fico com pena, a gente fica com pena. Então, a gente vai lá com a maior cara de pau e vê aquilo?! Aqueles pobres daqueles pobres deitados lá, naqueles lugares, n’ê?, que tem um pedacinho de pano que eles põe, sei lá. Eu não gosto, sabe?, não me meto em coisa dos outros, não quero saber de ninguém”. (Ivone)

A narrativa de Ivone, na ala feminina da unidade psiquiátrica do Hospital D. Pedro II, trouxe momentos de esclarecimento sobre a realidade manicomial. A percepção própria da sua ainda curta experiência de internamento dialoga indiretamente com o testemunho de outros narradores.

“— A senhora já teve algum contato com um psicólogo?”.

“— Nunca e nem quero, ’viu?! Não sou louquinha, eu ’tou boa de cabeça, ’viu?! ’Tou com 74 anos. Não sinto, ’cê sabe?! Não sinto, não me dói nada”. (Ivone)

“— Como é que é a velhice p’ra senhora?”.

“— ’Tá ótima, ’tá ótima, eu como bem, eu durmo bem, eu como qualquer coisa, nada faz mal”.

“— A senhora sempre teve apreço, sempre teve gosto pelos velhos?”.

“— Não, eu não tenho, não, nem um pouco, não. Lá onde eu trabalhava, tinha uma velharia, mas chatos que só vendo. Queria namorar ainda, sabe? [E às gargalhadas]: — Vai, vai, velho, cai fora daqui. [Comenta] Mas a gente não fazia assim p’ra... coitado também, n’ê?!”.

“— Nunca ninguém desrespeitou a senhora por causa da idade?”.

“— *Ah, eu xingo! Às vezes, a gente toma um ônibus num lugar que passa um cara e esbarra na gente. A gente tem vontade de xingar, eu xingo, 'viu?: — Ó, não enxerga não?! [Comenta] E, depois, o lugar que eu moro não tem esse tipo de gente. Não tem. Tem os rapazinhos, que vai na escola. Mas eles respeitam, acho que a professora já ensinou p'ra eles, n'ê?: — Olha, vocês não fazem assim na rua, não mexa com as pessoas. [Comenta] Porque eu sou assim, eu posso não gostar de uma pessoa, eu não brigo, eu passo perto, sou capaz de cumprimentar, tudo. Então, eles não têm raiva de mim, não”.* (Ivone)

Para a velhice associada ao cansaço, sem a saúde e as condições materiais para a negociação da tranquilidade numa economia produtivista liberal, reserva-se o asilamento hospitalar como o lugar destinado aos últimos dias. Tudo socialmente justificado no âmbito da personalidade e da falta de sorte.

Maria Russo tem um longo histórico hospitalar e experiência de transferências entre instituições e unidades. Já aposentada, passa cinco anos no pensionato do Hospital Clemente Ferreira, no Jabaquara, de onde sai por conta de uma reforma nas instalações do lugar, sendo transferida, então, para o Hospital Geriátrico e de Convalescentes D. Pedro II, pavilhão dois, reservado às aposentadas. Fica aí mais cinco anos, quando outra reforma a leva para o pavilhão onze da mesma instituição. Desse último, sua saída será motivada pelo convívio conflituado com as pacientes, segundo ela, “*atrapalhadinhas*”. Depois, o pavilhão quatro, apenas um mês, dada a “*perseguição*” que não cessa, nesse momento com perfumes fortes. Maria sofre de asma. Por fim, e “*infelizmente*”, o pavilhão vinte e um, a ala psiquiátrica.

“— *E aí, foi a minha infelicidade. E aí me puseram aqui, dizendo que eu era louca e até perigosa”.*

“— *Quem dizia isso?”.*

“— *As auxiliares. Uma pessoa amiga pegou e falou assim: — Puxa, Maria! Você é perigosa. Eu falei: — Sou mesmo, p'ra sujeira eu sou perigosa. Eu trabalhei 20 anos na Santa Casa com homens, mulheres, as irmãs, muito respeito, n'ê?!”.*

“— *Por que trouxeram a senhora para a ala psiquiátrica?”.*

“— *Vingança, dizendo que eu sou louca e perigosa. Fui um perigo para aquele banheiro!*”.

“— *E a senhora, 'tá há quantos anos aqui nesta unidade?*”.

“— *Dois anos*”.

“— *E a senhora não pediu transferência para outra unidade?*”.

“— *É tudo tão sujo aqui neste... O senhor já pensou, uma pessoa de 85 anos. Uma enche a cabeça da outra: — Essa aí é louca, perigosa. Uma pessoa disse: — Olha, Maria, eu não sei como você não morreu, que você é cardíaca, n'ê?... por causa desse seu desgosto, calúnias. Porque Deus te protege muito. [Comenta] Mas porque que uma coisa dessas... 'tava tão bem, n'ê?! Mas eles não queriam pôr uma funcionária, p'ra não gastar... eu fiz! Olha, eu tenho trabalhado aqui! Elas fazem xixi no chão. A moça da limpeza limpou, vai embora, ela não tem obrigação, não é?! E aqui, precisava uma pessoa só para olhar essas pessoas assim. Dizem que eu sou louca. Olha, tomara elas chegarem com 70 anos com a responsabilidade que eu tenho. Não tenho estudo, nada, mas eu tenho responsabilidade, porque eu aprendi a ser responsável. Meus pais morreram, e sabe estrangeiro como é, precisa ter a responsabilidade das coisas... e foi bom! Uma vez, eu falei para um padre... Eu gostava de ir nas igrejas, na Imaculada, tudo, que meus parentes eram muito enérgicos. Ele falou assim: — A senhora já pensou se eles não tivessem energia, como é que a senhora estava? [Comenta] Verdade, não é?! Não pode, não. Eu acho que gostar é uma coisa difícil. Essas crianças aí que ficam pela rua, não é?!*” (Maria Russo)

O caso do banheiro referido por Maria Russo diz bastante da lógica manicomial. O compromisso da narradora com o trabalho e o aprendizado de anos de limpezas e cuidados com os pacientes dentro da Santa Casa evidencia as contradições do sentido de “tratamento” praticado na atual instituição. Sua indignação vem pela percepção do respeito que aí falta, tanto para as pessoas da sua idade, como para os outros internos com maior necessidade de atenção médica. Maria Russo não fica indiferente aos descasos e violências.

“*Quando eu vim aqui, essa coitada pegava o cestinho de papel sujo debaixo do lixo das privadas, assim, sabe? Olha, mas era... as moças que faziam limpeza aqui não agüentavam, mas eu, com a minha energia, meu filho! Pegava aqueles papéis p'ra*

pôr, assim, quase na boca, ninguém falava nada! Ai, eu passava, eu cardíaca, tinha dia que fiquei com a pressão alta, 'viu? Mas, também, ficou em ordem. Como é que um ser humano pode ver uma pessoa assim, de cabeça ruim, fazer aquelas coisas, contaminava tudo, n'ê? Eu fui perigosa! Agora, pode entrar lá que 'tá tudo limpinho. Agora, eu não sei que perigo?! Não! Mas cada invenção, cada calúnia, o senhor sabe. Uma vez, um médico disse que, às vezes, essas pessoas... eu tinha uma colega assim, mas, depois, ela foi internada porque aquilo lá, era da cabeça dela. O médico disse que, às vezes, a pessoa tem todas essas coisas ruins, vem da cabeça e, então, culpa os outros por não poder realizar o que elas queriam. Tinha médicos bons, eram amigos da gente". (Maria Russo)

A memória dos “médicos bons” de um outro tempo, “amigos da gente”, aparece na sua fala como argumento de autoridade narrativa. E isso para afastar quaisquer eventuais preconceitos ou invalidação das análises e percepções de si mesma no contexto das violências que descreve. O tema das calúnias, como denúncia das investidas contra a própria reserva moral num terreno de imoralidades, evidencia sofrimentos que ganham ainda maior peso entre velhos e velhas. Maria Russo, habituada à atual moradia por força da experiência profissional, contudo, como ambiente de respeito, cuidados e cordialidades, mostra perplexidade redobrada.

“— A senhora 'tava dizendo que aqui caluniavam a senhora?”.

“— Depois, melhorou tudo, depois da limpeza, n'ê? Eles me puseram aqui por causa disso. Quando eles me puseram aqui eu disse p'ra chefona lá: — Aqui precisa ter uma funcionária só para olhar essas meninas, essas pessoas, elas estão que nem crianças. [Comenta] Deixavam à vontade: — Ah, coitadinha... a cabecinha. [Comenta com indignação] Não! Não é a cabecinha, não! As irmãs diziam assim: — Gostar de uma pessoa não é deixar fazer o que quer. [Comenta] Por isso que a Febem 'tá cheia, os presídios tão cheios. Gostar é fazer a pessoa ver que ela 'tá errada. Não é verdade?! Você vai deixar à vontade?! Imagina?! Aqui?!”. (Maria Russo)

Pela experiência com o trabalho de traço missionário das freiras da Santa Casa, aprende a atenção e os cuidados com os enfermos. A sedimentação dos princípios adquiridos

legítima a própria atitude de higienização dentro da unidade e neutraliza a pecha de “perigosa” que lhe atribuem. No entanto, é com apreensão que Maria Russo fala da insegurança de conviver com calúnias constantemente renovadas.

“— *A senhora já sofreu alguma violência física aqui?*”.

“— *Ah, não, não. Uma pancada é menos doloroso do que uma calúnia. Porque a dor física passa, mas a dor moral, não. O senhor sabe, as pessoas olham assim. Nunca na minha vida eu fui caluniada como fui aqui, nunca. 45 anos de pensionato com as moças. Tudo muito bem selecionado, não entrava homem, nada dessas bagunças. Logo que eu vim p’ra cá, eu fiz 83 anos, naquele dia a minha sobrinha veio, se fecharam lá na copa, mas falaram tanto mal de mim... a minha sobrinha! A minha sobrinha era um anjo p’ra mim, sabe? Desde pequena, n’ê?, única... o único irmão que eu tenho, n’ê? Ela ficou diferente, já não é aquela mais. Encheram a cabeça dela... no dia do meu aniversário! [Cautelosa] A auxiliar que disse”.* (Maria Russo)

Os estigmas psiquiátricos atingem a família também como percepções e sentidos aí antes inexistentes e agora forçosamente incorporados. Pelo que conta Maria Russo, mesmo os parentes mais próximos são cooptados pelas razões médicas. A sobrinha psicóloga, antes movida pelo carinho e respeito sinceros, pelo que diz a narradora, passa a dedicar à tia sentimentos formados também no campo dos significados institucionais. As marcas do serviço psiquiátrico são fortes precisamente na medida em que desautorizam os comentários de si mesmo, os juízos de si próprio. É a existência inteira que passa a ser recoberta pelo estatuto da doença, que se aplica mesmo retrospectivamente na história de vida.

“— *Uma vez, eu fui num médico, n’ê?, de... ele falou: — O que que a senhora veio fazer aqui. — Ah, a gente fica nervosa, n’ê? — O seu caso não é nada disso. [Comenta] Uma vez, eu fui tomar... eu ’tava nervosa, sabe?, porque de vez em quando, a gente tem complicações, assim, e a gente fica nervosa. Eu tomei um calmante... ai meu Deus, esqueci o nome. Eu morava no pensionato. Tomei aquele comprimido, o senhor sabe que eu não pude levantar para ir trabalhar. E uma colega que morava no pensionato, ela era telefonista dos médicos, ela tomava aqueles*

comprimidos, freqüentemente. [Surpresa] Até dei a caixa p'ra ela. Eu não posso tomar essas coisas”.

“— Aqui dentro a senhora não toma esse tipo de comprimido?”.

“— Nada, nada... aspirina, analgésico, n'ê?”. (Maria Russo)

Conversamos sobre sua opinião a respeito do tratamento oferecido pelo Hospital D. Pedro II. Fala do atendimento por bons médicos, mas recorda de um episódio em que uma auxiliar de enfermagem a impedira de contar sobre um inchaço na região da bacia. Ao tratar do assunto com o médico responsável, lembra que o mesmo teria ficado muito bravo com a funcionária, observando firmemente a ela, a própria interna, que nunca deixasse de lhe comunicar o que sentia e sua condição de saúde. Nota-se, novamente, que parece ser do paciente a responsabilidade de fazer circular pela equipe a informação sobre sua enfermidade. A não aceitação de responsabilidades médicas pela instituição psiquiátrica surge como um dos princípios fortes que caracterizam sua prática. Maria Russo conhece de longa data a hierarquia hospitalar, pois tivera boas experiências no tempo dos seus serviços prestados à Santa Casa de Misericórdia. Sua lembrança é sem mágoas desse período, pelo que a instituição médica ainda a merece respeitosa e indulgente, agora que vive a condição de paciente. Maria Russo manifesta abertamente, mas sem inocência, seu apreço e consideração pela prática da medicina, o que entende como a experiência de tratar e curar pessoas. Daí, talvez, a razão de suavizarem seu “tratamento”, prescrevendo medicação quase “homeopática” para os padrões de um serviço de psiquiatria.

Cabe enfatizar mais as evidências nas narrações de um movimento passivo da instituição quanto aos cuidados médicos. Dependem dos próprios internos, das suas queixas, os encaminhamentos para qualquer atenção hospitalar que se lhes dedique. É o manicômio a parte paciente nos tratamentos que aí se pratica. Maria é caracterizada em seu prontuário como “*poliqueixosa*”. A instituição como regra se movimenta exclusivamente pela “segurança” alimentar, respaldada pelo código da lei, e pela medicação-ração cotidiana,

imposta pelas leis do mercado, e quase sempre estável já desde o primeiro diagnóstico. A circulação de informações por parte da instituição costuma vir menos pelo princípio médico do que por razões de supervisão e vigilância, a patrulha dos comportamentos.

“— A senhora ’tava me dizendo que tem medo de represália, mas da minha parte...”

“— Eu sei que aquelas meninas não vieram mais aqui. Ai, tudo acabou! Minhas colegas não vieram mais aqui, colegas de quarenta anos, n’ê? Não podiam me ver sofrer! Uma colega me disse que não podia me ver nesse cativeiro. Bom, o que eles escreveram naquele prontuário, até o Silvio Santos ia ficar...”

“— A senhora chegou a ver o prontuário?”

“— Não, mas quem pegou... Imagina! Que eu tinha depressão; depressão-não-sei-o-quê. Eu não paro um minuto! Como é que uma pessoa que tem depressão anda como eu?! Fiquei com as pernas cheias de varizes, que eu não paro. Eu não posso ficar no quarto por causa da poluição, os meus olhos... Daí, eu lavo a minha roupa, vou lá... Eu não paro! Uma vontade de dar uma descansadinha, deitar, mas, coitadinhas, elas não deixam a gente. Às vezes, a gente ’tá assistindo televisão elas não deixam, porque a cabecinha, n’ê?!” (Maria Russo)

A mesma instituição psiquiátrica que reserva a farmacopéia mais agressiva para o comportamento inadequado não vê contradição na administração de analgésicos e aspirinas, quando o quadro da depressão é sem ameaças para si ou para os outros, quando respeita a calma e a quietude institucional de que a saúde, hierárquica, tanto precisa. Enfim, uma lacuna do discurso da ideologia médica que se realiza em prática hospitalar proveitosa para os internos. *“Não adianta reclamar, vence o mais forte, tudo tem seu dia e sua hora. Não quero morrer aqui. Se eu passar mal, quero que me levem para a Santa Casa”*. E continua com lucidez quanto à maquinaria procedimental.

“Mas, coisas que escreveram ali! Vinha aquelas moças da noite, estagiárias, e uma ficou, assim... minha amiga. Contava as coisas p’ra ela. Mas quando ela pegou o prontuário, ela não veio mais aqui: — Eu li seu prontuário. Imagine, eles escreveram que a senhora tem depressão-não-sei-o-quê. [Comenta] Como é que pode fazer?! Olha, não entra na minha cabeça. Não entra! Coisas absurdas, sabe?! Quem pega

aquele prontuário... não pode! Olha, eu acho que pessoa idosa, com a minha idade, tinha que ter um lugar sossegadinho. Eu trabalhei tanto, n'ê? Olha que a gente trabalhava na Santa Casa, era das sete da manhã às cinco da tarde. Às vezes, a outra demorava, a outra colega, a gente ficava até sete, oito horas. Dava banho nas senhoras, n'ê? Encerava, fazia tudo, todo o serviço a gente fazia lá, menos de enfermagem. Enfermagem, não. Olha, eu só desejo uma coisa, um cantinho em que eu possa descansar". (Maria Russo)

A reflexão de Maria Russo quanto aos funcionamentos administrativo-hospitalares orientados pelas anotações em prontuário faz-se presente pela sua atenção e capacidade de discutir a própria condição de asilamento com qualquer um que a encontre nos seus dias ali dentro. O seu depoimento sobre essas arbitrariedades é prova da resistência que move contra a instituição. O enredo de sua narrativa, como também a dos demais narradores, traz um sentido de diálogo com as percepções dos outros sujeitos dessa realidade. A vida no manicômio é forçosamente também o aprendizado de fazer circular informações favoráveis. A experiência é dialogada.

Maria também fala das condições de moradia no hospital, umidade, mau cheiro e poluição que lhe alcançam pela janela do quarto, com vista para uma grande e barulhenta avenida, e do mal que isso lhe causa, sobretudo para os olhos e pulmões. O envelhecimento é agravado por essas condições desfavoráveis.

"— Eu tenho uma só, n'ê? Eu não posso mais ler. A coisa que eu mais gostava na vida era ler. E agora 'tou com a vista assim, que eu não posso nem ler. À noite, é a garganta, sabe?, eu 'tou intoxicada... aquele cheiro ácido. Pena que eu não posso tomar ônibus, faz dois anos que eu não posso tomar ônibus. Que toda quarta-feira eu saía. Vim p'ra cá, tudo muito úmido, fiquei com reumatismo nas pernas, não posso subir um degrau".

"— Como que a senhora vê a velhice?"

"— Eu, nos meus oitenta anos, vivia muito bem, não sentia a velhice. Agora sim, cansaço, desânimo, tudo por causa das calúnias, tudo. Porque era tudo alegre, a gente saía, ouvia rádio. Agora o radinho em cima da cama, me estragaram o radinho,

a televisão, eu vivo num ambiente, assim, horrível, sabe?, com essas coitadas. Elas são seqüestradas, ficam aqui, eu posso sentir a dor delas. Não foi brincadeira, não, trabalhar tanto, no pavilhão dois. Me fizeram trabalhar cinco anos, da uma a sete, oito horas. Nunca dei banho, nem pus doente na cama, mas o resto: — Põe essa velha p'ra trabalhar aí, uma velha forte! [Comenta] Eu era forte mesmo, bem alimentada. Agora como esse mingau aí, não posso mastigar. Não posso por dentadura, machucou tudo a garganta. Depois, quando vem aquele ar de fora, nossa, aquele ácido, a gente respira aquilo, que até tenho um sorinho p'ra pingar no nariz". (Maria Russo)

Maria Russo segue para o quarto a fim de mostrar algumas fotografias. “*Eu tinha televisão quando eu vim p'ra cá, o gato comeu! Tinha radinho*”. Maria mostra suas memórias: postal da Santa Casa, fotos do irmão, do marido da sobrinha e do casamento dos dois, da enfermaria da Irmandade, dos presépios das festividades de Natal, no tempo em que morava no pensionato, e do quarto que teve aí por 45 anos. Pude ler, em sua companhia, algumas cartas e lembranças escritas que lhe foram dedicadas.

“[Carta de um jovem bancário que havia sido interno da Sexta Cirurgia da Santa Casa de Misericórdia] 22 de setembro de 1967. Querida Dona Maria, saudade, paz e felicidades. Encontro-me hospitalizado aqui em Dracena sob um bom tratamento, já melhorei uns 50 % e dentro de pouco tempo voltarei as minhas atividades em São Bernardo do Campo, quando isto acontecer lhes farei uma visita, pois muito contente fiquei quando pertenci a esta sexta cirurgia. Gostaria de saber como vão todos, especialmente nosso particular amigo Joaquim. Dona Maria, estou com saudades de todos, mas felizmente aqui me sinto outro, uma vez que aos domingos me permitem dar um giro. Quando a senhora escrever à Matilde dê-lhe minhas notícias, diga a Dona Luisa que lhe escreverei dentro em breve, dê lembranças a todos e feliz fim de 67. Sem mais, meus agradecimentos e meu sincero abraço. Jurandir de Souza Dias”.

O arquivo pessoal dá igual testemunho da sua dedicação no tempo dos serviços na Santa Casa, quando o próprio trabalho, ao que parece, ganhava o valor de perspectivas mais humanas. Apresentadas essas fontes no difícil contexto da vida presente evidenciam-se contradições e injustiças diversas. Foi expressivo o seu silêncio durante todo o momento em

que olhávamos o material. Suas intervenções apareciam apenas para o esclarecimento de datas, lugares, nomes, e poucas informações sobre os signatários de alguns desses documentos. Nessa ocasião, foi pela ausência de palavras que Maria disse o que podia e precisava. Os sentidos mais íntimos aí são seus, no entanto, é de todos nós o aprendizado dos significados históricos que podem lhe sobrevir. O humano por vezes se cala e, a depender do momento da sua caminhada, talvez seja precisamente quando fala mais alto. É na história, pela história, e na prática da vida, que esses sentidos são construídos e se constroem.

A amabilidade e a força de Maria são também lembradas em duas poesias por uma tia materna, que lhe homenageia igualmente com uma oração para as práticas de reza. “*Minha tia começou a escrever poesia com 80 anos*”.

MARIA

Maria / Doce criatura / De alma tão pura / Que as ofensas em teu coração não perdura / O destino foi contigo cruel / Muito cedo sentiste a falta dos teus adorados pais / Sempre abnegada, és, Maria, por todos muito amada / Daria a minha vida por fazer-te feliz / Com o teu príncipe adorado / Deus é bom / Serás um dia, sem esperares, por ele procurada / E assim terminará a tua cruz tão pesada.

(Da tia Virgínia Alvina Galeano Biáfora. São Paulo, 23/05/1980).

Linda, mimosa sempre fostes / Hoje és tristonha, macerada flor / Porque desconheceste a beleza e o encanto do amor / Em teu nobre coração só existe bondade e compaixão / Sempre pronta em oferecer o apoio de tuas nobres mãos.

(Virgínia Alvina Galeano Biáfora. São Paulo, 29 de agosto de 1973).

Jesus Cristo, abençoa-me meu verdadeiro pai de misericórdia e infinita bondade. Tende piedade, senhor, desta vossa filha pecadora que arrependida dos seus erros e pecados vos implora a vossa proteção e divina misericórdia. És, meu pai querido,

salvador de minha alma, e espero estar contigo na tua glória depois de minha morte. Peço aos apóstolos de Jesus Cristo e São José que me abençoem e me defendam dos meus inimigos. E peço a minha mãe Maria santíssima que me cubra com o seu manto sagrado. E que o seu olhar de misericórdia me acompanhe até a hora de minha morte.

(Tia Virgínia).

Maria lembra dos cuidados que teve essa tia até à morte, com 93 anos. *“Morreu na casa da filha. Mas era uma coisa, sabe?, ela era diferente, diferente de tudo. O genro gostava mais dela do que da filha... até tomada [elétrica] p’ra comer no quarto, p’ra minha tia”.*

“Minha tia dizia que a cabeça da pessoa, de tanto fazer maldade, a esclerose toma conta. A pessoa só pensa maldade, quando chega uma certa idade, a cabeça dela não dá mais p’ra nada. Então, tem que pensar coisa boa. Ia na frente da janela e: “sou bela, sou forte, sou feliz”. Pena que não tenho a fotografia dela. Teve uma trombose nas pernas. Depois, não podia mais andar. Ela não queria dar trabalho, queria morrer, ela queria morrer porque não queria dar trabalho. Não jogaram ela num asilo, não. Ela não fazia nada, não fazia sujeira. De manhã, quando tomava banho, passava aquele perfumador na cama. Ela teve Diabetes também. Enquanto ela podia cerzir, ela cerzia: roupas, umas toalhas. Mas era uma perfeição! Uma vez, plantou um caroço de... morava lá no Belenzinho, depois foi p’r’o aeroporto... caroço de pêsego. Ficou a coisa mais linda. Isso foi lá no Belenzinho. Depois, o meu primo, o Rubens, pôs um papelzinho de seda em cada pêsego. Aí, pedem a casa... alugada... que a filha do dono ia casar. A titia ficou, coitada, com tanto amor àqueles [pêssegos]... deixando amadurecer aqueles pêsegos. [Promessa reconciliadora feita pelo proprietário da casa]: — Ah, depois eu mando. Nunca mandou nenhum pêsego. Isso foi falta de consciência também, n’ê?”. (Maria Russo)

A narração sublinha uma experiência familiar positiva com o envelhecimento. Também aparece aí uma análise do propósito e função dos asilos na sociedade brasileira. *“Não jogaram ela num asilo, não. Ela não fazia nada, não fazia sujeira”.* A narrativa de Maria Russo traz um sentido de esperança para o status social e político da velhice. As

práticas de respeito e generosidade que descreve são do nosso tempo e dizem algo do que somos e podemos ser.

O primo mencionado merece destacado espaço nas memórias de Maria, e ganha os mesmos traços de afeto que marcam a lembrança da tia e da prima.

“Meu primo, Rubens Biáfora, foi jornalista do Estado de São Paulo e diretor de cinema. Fez vários filmes, sabe? Ele ganhou prêmios. Ele morreu, tinha diabetes. Ele morava na Martins Fontes, em frente ao INPS... naquele prédio. Ele era tão bom. Às vezes, quando uma artista perdia o emprego, ficava desempregada, ficava dez dias na casa dele. Ele sempre dava jantar para os artistas. Foi um coração de ouro, sabe?”.

(Maria Russo)

Os cuidados e a docilidade de Maria não inspiraram os sentimentos de apenas uma pessoa. Ainda uma nova poesia lhe é dedicada por um outro “*rapazinho*”, que lembra também ter ficado hospitalizado na Cirurgia da Santa Casa. “*Ele tinha 17, 18 anos, chamava Valdomiro*”.

A VIDA.

Passei bons momentos aqui na Santa Casa / Mas também vi coisas que me deu dó / Aprendi a gostar de uma pessoa a quem chamo de a vovó.

(Valdomiro, 19/05/69).

A história de vida de Maria Russo, sobretudo na dedicação e zelo pela saúde de parentes e amigos, bem como nos cuidados demonstrados pelos enfermos da Santa Casa, elaborou fortemente em sua consciência o significado do respeito. Também foi marcante sua experiência, pelo que percebe, de ter sido ela própria aí dignamente respeitada.

Após a conversa no quarto, vai terminando a entrevista. Já havia anoitecido e a circulação interna estava bastante calma: situação favorável às provocações caluniosas pelas parceiras de internação ou mesmo às possíveis interpelações pela equipe de enfermagem. As internas mais jovens da ala psiquiátrica feminina e mesmo as enfermeiras costumam caçoar

das pacientes mais idosas quando dos seus encontros com homens, não sendo esses médicos, assistentes ou familiares. No momento em que entrávamos em seu quarto, Maria alertara para que ficasse bem aberta a porta, *“para evitar calúnias. Eles não vão achar ruim, não, o senhor estar aqui?”*. Deixando o cômodo, já quase no corredor, somos surpreendidos por uma jovem interna: *“Nossa, um homem, é namorado?”*, ao que Maria responde de pronto: *“Faça-me o favor!”*. Uma situação semelhante, com o mesmo comentário pela mesma jovem, mas dessa vez durante a narração de Nair Bretas no pátio e à luz do dia, dá uma outra medida do conflito.

“Viu, isso é o menor que falam. E pensa que isso aí entende, tem algum poder?! Tem não. É que foi criada de qualquer jeito. Tem poder nenhum. Não tem estudo, não tem poder, não tem nada. Se precisar redigir uma carta, não sabe”. (Nair)

A ausência de fechaduras nos quartos da unidade integra o quadro de vigilância e superexposição dos comportamentos. Também aí, sofrem as idosas diferentemente. Acostumadas à vida de um outro tempo de tradições e sentidos de intimidade, essa violência será ainda mais devastadora. A falta de privacidade como marca da realidade institucional é injunção ainda mais penosa para quem envelhece aí dentro. Há um conflito de experiências por costumes em contradição. A intranquilidade é a tônica do convívio dos internos entre si e com a equipe técnica, e a idade avançada agrava o sentimento de injustiça que se percebe nessas relações. Em dado momento da entrevista com Maria Russo, somos abordados por uma interna igualmente idosa.

“— Eu quero fechar a porta, mas não fecha, n’ê? Me deixaram sozinha, sem dinheiro, sem nada. O senhor marca aí o quanto que eu lhe devo”.

“[Respondo com o mesmo desamparo] — A senhora não me deve nada”.

“— Não, por quê?! [Indignada] Faz favor, n’ê?!”.

Mesmo num contexto de arbitrariedades e pressão cotidianas, Maria preserva resistente a paciência e doçura que parecem ter sido uma marca sua durante toda a vida. Dela,

as últimas palavras da narração: *“Então, tchau Nelson. Que Deus te dê bastante saúde e bastante paciência para aturar os velhos”*.

A mesma impressão de delicadeza e robustez tive das esclarecedoras análises de Nair Bretas em sua narrativa sobre os maus-tratos sofridos também na ala psiquiátrica do Hospital D. Pedro II.

“Eles me perseguiram, me caluniando, falando que eu estou fazendo coisa errada. Eu não estou fazendo nada errado! Que que eu ’tou fazendo errado?! Dizendo que eu ’tou tirando deles, quer dizer, roubando, n’ê? Eles falam até “roubando”, n’ê? Até isso de mim eles falam. Eu estou cansada, que eu já não agüento mais essas calúnias para cima de mim. Eu só saio para visitar minha família e mais ninguém, que eu não sou o que eles estão pensando de mim, não. E falei uma porção de coisas p’ra eles, mas eles não liga, n’ê? Não liga e continua atirando conversa fiada, conversa perigosa em cima da gente: — E nós vamos levar a senhora para uma cadeia, para a Justiça. — E nós vamos deixar a senhora numa prisão. Assim que eles falam p’ra mim. Isso é um absurdo, isso é um absurdo, eu vou falar para o senhor. Eu juro por tudo que há de mais sagrado, por Deus que é meu protetor, que tem me ajudado muito, que eu não estou mentindo, que eu não fiz nada errado. Nada, nada, nada, nada, nada! E eles ficam confirmando, rebatendo assim na minha frente, na minha cara. E eu estou muito triste com isso, estou tremendo dos pés à cabeça. Meu braço fica assim, ó’, [mostra a mão trêmula]... quase constantemente. Tudo o que eu pego derrama na minha roupa. E eu fiquei assim por causa deles”. (Nair)

Outra vez, a dificuldade com os comentários desabonadores e ofensivos, as calúnias, sobretudo da parte da equipe de enfermagem. *“Com os pacientes eu pouco converso, a maioria está sofrendo igual a eu”*. De todo modo, lança análises sobre o empenho de cooptação pela instituição.

“— É espeto isso aqui, viu?! Mas esse povo doente ajuda eles. ’Tá sofrendo e ajuda”.

“— Ajuda como?”.

“— Ajuda, ué! Eles estão aí e qualquer coisa que eles escutam contra mim ou contra o senhor, eles comentam entre eles, com eles aí”.

“— Por que fazem isso?”.

“— Não sei. A gente não sabe, n'ê?”.

“— Vai ver que, com isso, pensa que vai conseguir algum tipo de privilégio”.

“— Decerto pensa que vai entrar no bando deles. Fica procurando jeito, ver se consegue entrar no bando deles”. (Nair)

Recordo de uma conversa rápida que tivemos nos corredores da instituição, quando Nair havia dito sobre suas dificuldades de aproximação com os sindicatos de classe do tempo em que trabalhava no comércio. O tema aí era o da desconfiança com relações atravessadas por interesses oblíquos que, segundo ela, impossibilitavam a despreocupação que merece o compromisso de amizade. “Mas é por causa disso, n'ê?, que aqui sempre foi desse jeito, n'ê? Que é essa gente que o senhor pensa que é amigo, e é essa gente inconveniente do lado deles”. Nesse momento, somos interrompidos pela enfermeira com a medicação da tarde.

“— Que remédio é esse?”.

“— Não sei o nome, não. O médico que receitou”.

“— E faz bem p'ra senhora?”.

“— Ah, faz muito bem. Eu me sinto tão bem com esse remédio!”.

“— Toma muito remédio aqui dentro, Dona Nair?”.

“— Toma bastante. Eles dão muito remédio p'ra gente. A cada três, quatro horas, eles tão me dando remédio. E, às vezes, eu quero recusar porque eu acho que até faz mal certos remédios. Não tem aquela confiança de achar que 'tá todos os remédios tão servindo, não. Esse é o melhor que tem aí”.

“— E os outros fazem mal como?”.

“— Fazem mal porque seca a minha boca e deixa a minha boca assim sem poder falar, sem poder falar. E eu fico pelejando p'ra falar e não consigo, parece que eu tenho um animal dentro da boca de tão grande que é. O que a gente sente é isso, parece que tem uma coisa muito grande dentro da boca e que não cabe ali dentro. E eu estou tomando aqui porque eles forçam, e é mesmo. É isso aí que 'tá acontecendo p'ra mim. A língua fica amarrada, fica tudo amarrado”. (Nair)

A medicação impregnada no organismo traz as dificuldades com a fala, efeito colateral largamente prescrito com a finalidade de embotamento e conseqüente sujeição de internos em

unidades psiquiátricas. O procedimento não se altera, mesmo que com reclamações explícitas, podendo-se mesmo afirmar que é precisamente daí que vêm suas justificativas.

Apenas quem receita, por dever de ofício, é a equipe médica, que não permanece fixa nas unidades desses hospitais. As reclamações às enfermeiras e enfermeiros não alcançam a origem do problema. Via de regra, a relação dos médicos psiquiatras com os internos está guardada por distanciamento e intermitência, o que faz os pacientes reféns dos funcionários cotidianamente próximos, a equipe de enfermagem. Impressiona a mudança de comportamento desses profissionais quando das visitas médico-psiquiátricas. Sempre presentes nessas ocasiões, protagonizadas por um poder mais forte, suavizam e abrandam as próprias atitudes com os internos. Apresentam-se cuidadosos e atentos, antecipando-se a qualquer reclamação, seja pronunciando-se em lugar dos pacientes ou mesmo atenuando a proporção de qualquer reclamo desabonador dos seus préstimos. Os médicos percebem, entendem, legitimam a cena, e partem. A equipe de enfermagem sempre retorna.

A visita médica impõe o silêncio como medida de relação entre os internos e a instituição psiquiátrica. A relação é de coação e constrangimento, evidenciando-se que qualquer aproximação mais pessoal será interrompida. A visita médica é a burocracia dos supostos ajustes entre os casos clínicos e os “tratamentos”. Entretanto, e como tendência, qualquer possibilidade de diálogo será neutralizada por procedimentos e questões técnicas. Os psiquiatras do manicômio acompanham apenas a viabilidade institucional. E o recurso imperativo ao argumento do “isso é assim mesmo”, ou “vai passar”, dão medida do máximo de atenção dedicada.

“— E a senhora não pede p’ra tirar?”.

“— Ah, eu peço. Eles brigam comigo, xingam eu, falam que eu sou uma vagabunda e não sei o quê, não sei o quê. Xingam, n’ê?, xingam. E que eles tão tratando de mim e a gente não agradece. Mas, agora, desse jeito, com remédio desse jeito, eu falo! [Na voz da equipe técnica]: — Ah, mas o remédio foi receitado desse jeito e a senhora tem que tomar! [Comenta] Me judiam demais com o negócio de remédio. Demais!”.

“— Então, toma remédio o dia inteiro?”.

“— Pois é, o dia inteiro, de cada pouca hora eles vem com remédio desses brabos p’ra mim tomar e aí eu fico zonza, zonza, não tenho coragem p’ra mais nada. Perde a coragem, a vontade de tudo na vida. É isso”.

“— Tem que mudar essa medicação, n’ê?”.

“— É, mas eles não aceitam, eles querem que eu morra e a notícia corra, como diz o outro, como diziam os antigos... (risos)”.

“— Nem os médicos mudam com a senhora reclamando?”.

“— Não, é o médico que receita, n’ê?, os médicos que receitam!”. (Nair)

A compreensão da situação de arbitrariedades médicas aparece como depoimento de uma experiência vivenciada igualmente por muitos aí dentro, sobretudo por conta da medicação.

“— E esses outros pacientes que moram aqui com a senhora, eles têm algum tipo de comprometimento psiquiátrico?”.

“— Eles têm esses compromissos assim, igual que eu tenho. Eles tratam de todo mundo é assim, de dar esses remédios malucos p’ra turma tomar, esses remédios malucos que em vez de melhorar, piora”.

“— Nem todos os remédios que a senhora toma são p’ra pressão, n’ê?”.

“— Não, esses remédios que eu tomo p’ra isso aí eu nem sei que nome desses remédios. Eles chegam com um envelopinho, assim, despejam num copinho. Eles põem um pouquinho de água e manda eu tomar. É assim”.

“— Eu digo esses outros que amarram a boca da senhora, dizem que é p’ra cabeça?”.

“— É o que deve ser, n’ê? Acho que não é p’ra cabeça, não, porque acho que é p’ra melhorar, melhorar, mas não ’tá fazendo efeito bom nenhum, n’ê? Mas eles ’tá pouco se incomodando, acha que eu que não tomo, que joga fora. Eles ficam vigiando, às vezes, p’ra mim tomar o remédio, com medo de eu jogar fora. Eu era capaz de jogar mesmo, eu era capaz de jogar mesmo, eu jogava mesmo, essa porcaria aí eu já tinha jogado era muito... fora! Eu dava uma olhadinha p’ra um lado e p’ra outro, via que elas ’tava entretida uma com a outra. Ah, eu jogava no chão e pisava em cima. Isso eu fazia mesmo. Não fiz porque não tive oportunidade de fazer. Ficar sofrendo desse

jeito, ah, essa é boa! Agora, eu não 'tou precisando de remédio psiquiátrico coisa nenhuma, eles que 'tá arrumando isso p'ra mim”.

“— Por que eles tão fazendo isso?”.

“— Maldade, ruindade. Atraso de vida”.

“— Atraso da vida deles, ou querem atrasar a vida da senhora?”.

“— De ambos, deve ser de ambos. Querem me pôr como louca, sem eu ser”. (Nair)

Em outro momento, dando conta da extensão dos sofrimentos institucionais na vida psíquica, Nair fala de um sonho em que se suicidava com uma alta dosagem de medicamentos, e que faria mesmo isso, caso não fosse tão vigiada pelas enfermeiras. “[*Sobre o seu silêncio*] — *No que a senhora 'tá pensando? — Pensando nessa vida minha, como é que a gente chega num ponto desses*”. As suas análises são permeadas pelo forte lastro da experiência com as práticas médicas e administrativas dentro do hospital. Seu discurso é determinado pelo concreto dessas relações, não se estruturando por qualquer perspectiva exterior a essa realidade. Sua narrativa não é teórica ou formada na crítica apreendida de outros, daí a sua força.

“— Também minha preocupação é essa aí, que queiram colocar os idosos como loucos. A senhora acha que isso acontece?”.

“— Aqui acontece e muito, com muita gente, não sei por quê. Às vezes, eu fico pensando: gente, aqui tem os médicos, como é que esses médicos... será que eles são incompetentes? Não é, porque todo médico não é incompetente. Como é que faz uma coisa dessas?”.

“— Que intenção a senhora acha que eles têm de querer botar as pessoas como loucas?”.

“— Não sei, gastar pouco, que com os remédios a turma fica alimentada, n'ê? É tanta gente que 'tá assim nessa situação, n'ê? Eu não sei nem explicar p'r'o senhor, direito, porque eles 'tá transformando esse hospital em um bando de loucos. Não sei nem porquê, não sei, n'ê?”. (Nair)

O hospital psiquiátrico transforma o grupo dos seus pacientes “*em um bando de loucos*”. Com perplexidade, Nair fala dos efeitos da medicação sobre o apetite, do que sugere-se uma relação regida pelo pressuposto dos gastos e despesas institucionais e não por uma orientação particularmente médica. Conversamos sobre a evolução da condição de saúde dos internos depois que são admitidos na unidade. Nair comenta sobre a rápida piora que então necessariamente se segue.

“— *As pessoas quando chegam aqui, pioram?*”.

“— *Eu acho que pioram*”.

“— *A senhora piorou?*”.

“— *Ah, piorei, piorei muito. A gente é obrigada a tomar, porque eles põem no copo e ficam aí na frente olhando, e faz a gente tomar, n'ê?*” (Nair)

Os remédios ficam evidenciados na narração como fator determinante da piora de saúde dos internos depois que chegam ao serviço psiquiátrico. Num dado momento, ouvimos os gritos de uma senhora interna que vocifera uma fala incompreensível, mas como que num quadro de impregnação medicamentosa, ao que comenta Nair: “*Viu?! É isso que esse lugar faz com as pessoas. Com o tempo, a voz delas vai ficando assim. São os remédios que é p'ra pessoa não poder falar mesmo*”. Vale mencionar que isso não passa sem resistência pelos internos, e daí as redobradas injunções a que são submetidos quanto a terem que aceitar a dieta farmacoterápica.

“— *Amarrar, não amarra?*”.

“*[Ainda sobre as complicações na fala] — Amarra. [E então o comentário ampliado] Mas eles amarram as pessoas também. Eu que eles nunca amarraram, mas eles vivem falando de me amarrar. Nunca me amarraram, mas a turma que fica aí e que toma remédio, que, às vezes, não quer tomar porque acha que é bandalheira, eles amarram*”.

“— *Na cama?*”.

“— *Amarra nas cadeiras de roda, p'ra eles não ficar andando muito com a cadeira. Faz tudo isso! Eles querem a gente louco, por isso que eles dão esses remédios, p'ra*

peessoa ficar mesmo embriagada na loucura deles. Porque não tem motivo p'ra dar uns remédios desses p'ra gente. [Dizem que] Eu sou fraca da mente, [isso] p'ra ter o direito de intoxicar a gente com esses remédios de porcaria. Sinceramente, o senhor pode falar se o senhor acha que eu tenho alguma deficiência, qualquer coisa. O senhor pode falar que eu fico satisfeita com o senhor do mesmo jeito”.

“— Mas eu estaria mentindo se dissesse isso da senhora”.

“— Eu agradeço a sinceridade do senhor, mas que aqui é assim, é”.

“— Eles falam que a senhora é deficiente, e a senhora acredita nisso?”.

“— Não, acredito de jeito nenhum. Fico é com raiva deles. Acha que eles devem me intoxicar desses remédios de porcaria aí!”. (Nair)

Falta o hospital quando sobra a animosidade das arbitrariedades psiquiátricas. *“Tou com a pressão alta e não tem jeito, que eles acabam me deixando nervosa, e daí a pressão sobe”.* A modalidade dos “tratamentos” praticados ocorre pela tentativa, técnica e científica, de supressão prévia da condição de sujeito dessas pessoas: *“[Dizem que] eu sou fraca da mente, [isso] p'ra ter o direito de intoxicar a gente com esses remédios de porcaria”.*

A necessidade de cirurgia, procedimento custoso à administração, deve ser vista, e agora sim, com cautela e responsabilidade médicas. Os descasos com velhos e velhas no sistema hospitalar se confirmam todos os dias em grande parte do atendimento público à saúde na cidade de São Paulo. E quanto a isso, poderia dar testemunho pessoal. Pude verificar negligências no Hospital Nova Cachoeirinha pela omissão médica quanto à necessidade de encaminhamentos para exames específicos de um idoso com suspeita clínica de um câncer na próstata. A solicitação do ultra-som trans-retal não era efetivada, claramente, para que não se confirmasse o diagnóstico de câncer, e, então, a obrigatoriedade do tratamento pela instituição, visto como “custo desnecessário” e “não prioritário”, a julgar pelos mais de 60 anos de idade do enfermo, expectativa de vida, no que se sugeria, mais do que suficiente para um idoso sem recursos. A explicação veio em tom de confiança por uma médica plantonista na unidade. Vivi isso com um amigo, militante histórico pelos direitos da velhice junto ao

GARMIC – Grupo de Articulação para a Moradia do Idoso da Capital, movimento criado em 1993 por velhos e velhas desabrigados da cidade de São Paulo. A indicação de “alta médica” era continuamente encaminhada, e com a mesma insistência por nós revertida. O interno não se via em condições de sequer permanecer sentado no leito hospitalar, tão fortes eram as dores que sentia. Os hospitais particulares, a medicina mais avançada, contudo, não desiste nunca, investiga e biopsia seus clientes até o último suporte financeiro, sempre com “responsabilidade missionária”, mesmo que saibam de antemão da incurabilidade do mal. A narração de Nair pode ser compreendida dentro dessa lógica, e como que a confirmá-la.

“— E os médicos vêm ver a senhora aqui?”.

“— Vêm, tem um médico muito bom aqui, doutor Ambrósio. Ele é que receita p’ra mim, mas não é tudo que ele receita, que têm vários médicos aqui. É, e eu sofro de hérnia, eu tenho uma hérnia e sofro demais, dá muita dor, dá muita dor aqui, ó’, tem um caroço assim!”.

“— Tem que operar isso?”.

“— Eu quero operar, e eles não operam porque acham que eu ’tou muito fraca, que ’tá perigoso e não opera. E fica dando esses remédios malucos p’ra mim, essas coisas que eu ’tou contando p’r’o senhor aí. E assim eu vou vivendo a vida. Eles empurram eu, seguram eu, beliscam eu. Empurra, belisca com força, dão cada safanão na gente. Segura na mão da gente e puxa com força, como se estivesse puxando um animal feroz. Os enfermeiros, as mulheres que trabalham aí, tudo faz assim com a gente, tratam a gente é desse jeito! Então, a gente ’tá muito humilhada demais, ’viu?! Muito humilhada e com muito medo deles que a gente tem”.

“— A senhora sente muito medo?”.

“— Ah, eu sinto, deles, eu sinto. Que eles vêm e me puxam assim com toda a força, e bate assim com força assim na parede, com toda a força. Então eu tenho, n’é?, me machuca muito”. (Nair)

Como enredo narrativo, Nair aproxima das práticas de violência por empurrões e pontapés o comentário da urgência de tratamento da hérnia e falta de encaminhamentos institucionais para isso. As arbitrariedades passam não apenas por não investigar possíveis ou

desconhecidas complicações na saúde dos internos, como também por negligenciar o tratamento das que se tem comprovação por diagnóstico.

“Sei não, não sei nem como é que eu ’tou viva, não sei nem como mesmo que eu ’tou viva. Como é que eu ’tou conseguindo ainda estar viva até hoje?! É incrível, ’viu?! É inqualificável o meu sofrimento. Puxam a gente como se estivessem puxando um cachorro maligno, um cachorro bravo. Não... um cachorro maligno, um cachorro bravo. Puxa com força e joga a gente contra a parede, contra qualquer parede que encontra, e sai arrastando a gente. Às vezes, arrasta até no chão. É duro eu contar para o senhor e é duro eu viver até hoje. Porque não sei nem como que eu ’tou de pé ainda”. (Nair)

Os proventos de aposentadoria também aqui irão engrossar o capítulo das interdições judiciais pelos familiares dos asilados psiquiátricos. Depois dos anos trabalhados com dificuldade, a internação impedirá o descanso. Não basta o merecimento, será preciso a comprovação da sanidade para o consumo. E o consumista saudável não é o que gasta apenas para a satisfação das necessidades mais imediatas. E se o internamento possibilita apenas essa condição, aparece o interdito judicial como instrumento regulatório do mercado, a recomposição de seu curso e movimento.

“— A senhora aposentou?”.

“— Aposentei. E p’ra falar a verdade p’r’o senhor, depois que aconteceu isso p’ra mim aqui, eu não sei nem o que eles fizeram com a minha aposentadoria. Eu preciso ir no banco e nem coragem eu tenho p’ra ir, porque tenho medo de cair por aí, me machucar. Pensei até em pedir p’r’o senhor me acompanhar, no dia que eu fosse lá”.

“— E a irmã da senhora, a Clair?”.

“— Mas a Clair sumiu, sumiu! E não me telefona e nem nada! E eu esqueci o endereço dela. Eu já andei procurando e não achei”.

“— Ela é procuradora da senhora?”.

“— Eu não passei nada p’ra ela, mas ela pegou p’ra arrumar. Que ela tem um banco muito bom, o Banco do Brasil, que o banco dela é o Banco do Brasil. Ela, então, arrumou lá com o pessoal do Banco do Brasil, e ela é que recebe o meu dinheiro. Ela

recebe, mas eu não sei se ela 'tá recebendo direito ou se não 'tá recebendo. Mas deve tá, porque o Banco do Brasil é bom, é um banco muito bom”.

“— E ela não repassa o dinheiro p'ra senhora?”.

“— Não, não passa o dinheiro p'ra mim. Acho que ela veio aqui ver que tinha pensão gratuita, e se descansou: — Ah, ela tem tudo lá p'ra comer, então p'ra que eu vou dar esse dinheiro p'ra ela. Então, eu vou guardar, porque uma hora ela pode precisar p'r'o enterro dela, ou p'ra outra coisa qualquer, e eu vou guardar esse dinheiro. Acho que foi isso que ela pensou, e não manda o dinheiro p'ra mim. Agora eu querendo demais, precisando demais falar com esse pessoal do banco, mas 'tou assim tão desapontada, sem saber como é que eu vou entrar neles, como é que eu vou entrar neles com essa situação que 'tá aí agora”.

“— Mas se a irmã da senhora já recebe o dinheiro, seria o caso de falar com ela, não é?”.

“— É isso mesmo, mas cadê eu falar com ela, como é que eu falo?”. (Nair)

Nair comenta ter perdido os contatos da irmã e se informado junto às enfermeiras da unidade para saber se poderiam recuperar de alguma forma a informação. Obteve como resposta uma negativa de impossibilidade. Decidi eu próprio solicitar os dados às funcionárias, já sabendo, de todo modo, que constavam no prontuário de Nair e já os tendo mesmo anotados. Recebo a mesma negativa. Essa estratégia baseava-se no cuidado de garantir, num próximo passo, o envolvimento formal da assistência social da instituição. Ao fim e ao cabo, procuro o escritório do serviço social e solicito que façam a ligação para a Clair, colocando-a em contato com a irmã hospitalizada. Disseram que seria inviável, pois os telefones da unidade não estavam habilitados para isso. Depois de demorada e insistente negociação, consigo, então, que me acompanhassem as técnicas até um telefone público fora da unidade, juntamente com a octogenária Nair, removida em uma cadeira de rodas. A própria assistente, já no telefone público, completa a chamada e faz o primeiro contato, passando em seguida a ligação. As irmãs conversaram e, depois, então já sozinhas eu e Nair, sou instado para que também interviesse junto à familiar. Falei sobre a urgência de vir à instituição para

se interar a condição da irmã e mesmo contribuir com suas necessidades econômicas mais prementes, pois estava sem receber seus rendimentos de aposentada. Consideravelmente nervosa, disse-me que viria tão logo pudesse se desvencilhar de algumas responsabilidades e cuidados que tinha por uma filha adoentada. Seguem anotações da assistência social, extraídas do prontuário de Nair.

Ministério Público do Estado de São Paulo. 21/outubro de 2003 – chega ao conhecimento do GAPEI (Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso; rua Riachuelo, 115/1ª 3119-9081/9082/9083/9084/9085.) que a requerida Nair Bretas encontra-se incapaz para praticar os atos da vida civil, em virtude de doença psiquiátrica. A interditanda, segundo a irmã Clair Bretas de Godoy, já se submeteu a tratamento psiquiátrico no extinto Hospital Bierrenback, cidade de Campinas, e também institucionalizada do mencionado nosocômio onde se acha atualmente. A requerida é proprietária dos seguintes bens:

- a) apto nº 35 “Edifício Oliveira Coutinho”, R. Alameda Barão de Piracicaba, ns. 543, 553, 555 (esquina da Alameda Nothmann)*
- b) lote de terreno em Goiânia.*

É sentenciada a interdição da requerida Nair Bretas. Pede deferimento a Promotoria de Justiça designada, em 03 de fevereiro de 2004. O processo é encerrado em 01 de março do mesmo ano, estando a partir de então judicialmente nomeada como sua curadora, Clair Bretas de Godoy. Em 03 de agosto, a irmã assina um termo de compromisso em que admite estar ciente de que Nair encontra-se no hospital para tratamento provisório, ficando responsável por sua remoção tão logo esse seja finalizado. Nos termos do documento assinado, consta inclusive que não atendendo à alta institucional, Nair poderá ser automaticamente encaminhada para a casa da irmã.

Segue ofício da assistência social à direção do hospital, não datado, mas provavelmente elaborado quando da entrada de Nair na instituição.

Assunto: Nair Bretas – unidade 16 – leito 532. Contactuamos com a telefônica (102), nos informaram número de telefone (Campinas) da Sra. Clair, de imediato

contactuamos com a mesma, confirmou ser irmã da paciente, e que sabia apenas que havia desaparecido, pensou até, que havia falecido. A Sra. Clair informou que a paciente supra, é pessoa de difícil entendimento e convívio familiar, sempre se distanciou de todos, residia sozinha no centro de São Paulo, sofria assaltos, não se alimentava não aceitava ir morar em Campinas com familiares, pensou até em interná-la em “asilo” para não permanecer sozinha, em péssimas condições a qual vivia. A Sra Clair informou também, que não tem condições de cuidar e de dar assistência para a paciente, por ser idosa (77 anos) e possuir filhos com deficiência. Orientamos a Sra. Clair, comparecer neste Hospital, para devidas orientações e informamos que a Sra. Nair (paciente), está resistente à internação, mencionando a todo instante que quer ir embora.

A irmã acorre ao chamado e segue o que já sabemos. A tranquilidade com que Nair comenta sobre esse caso tem um impacto cuja proporção é a mesma da clareza e nitidez das suas observações. Logo ao início de nossa conversa, ela havia mencionado qualquer coisa sobre a “luta da irmã com a filha deficiente”, que não chegou a conhecer “porque quase nunca ia a Campinas”. O comentário é feito em resposta a minha pergunta quanto a Clair ter ou não condições de levá-la para morar em sua casa. Nair ainda fala com perplexidade sobre seu papel relevante na infância e formação da irmã, da qual teria zelado com cuidados de mãe.

“Eu também não ia p’ra lá porque trabalhava muito e depois que parei de trabalhar, eu comecei a ficar muito amedrontada com essas coisas que o povo fazia aí comigo, n’ê? Comecei a ficar com muito medo de tudo e não saía quase de casa. Ah, mas era bom eu poder falar com minha irmã, porque eu estou muito preocupada com ela. Minha irmã ficou viúva cedo. O marido dela morreu do coração, começou com esses problemas de pressão. Um dia, ele demorou p’ra levantar. Ela foi ver, ele ’tava morto. Minha irmã caçula”. (Nair)

A capacidade de ponderar frente à situação de dificuldades civis dá prova de sua resistência, que também surge pela via psíquica. Os entraves de se alcançar uma solução para

o próprio caso por encaminhamentos institucionais e formalizados joga a questão no torvelinho do campo dos relacionamentos familiares e pessoalidades.

“— E depois de trabalhar tanto na vida e aposentar, deu p’ra descansar Dona Nair?”.

“(risos) — Deu p’ra fazer de mim um molambo, deu p’ra isso, acabou comigo. E esse sofrimento de empurrar a gente, socar a mão na gente, empurrar, tocar o pé assim na gente. Essas coisas todas a gente sofreu. Agora, minha irmã, bater, assim, não batia, não. O que ela fez foi recolher o dinheiro e não... não sei se ’tá pagando alguma coisa. Deve estar pagando minha aposentaria e guardando. Deve ’tá pensando: — Não, eu vou guardar aí, quem sabe ela não melhora de saúde, eu entrego p’ra ela. Talvez ela pense assim, n’ê? Que ela não ’tá ruim de situação, não. Os filhos estão bem, tão ganhando bem. Não sei não, ’viu?!”.

“— A senhora nunca suspeitou que ela pudesse estar gastando o dinheiro da senhora?”.

“— Às vezes, sim, às vezes, eu suspeito, que ela deve ’tá com um aperto de vida e ela, então, pega e usa o meu dinheiro. Às vezes penso isso, que ela esteja com algum aperto de vida, que ela tem filho moço, casado um... casado, mas ganha pouco. Tem os sobrinhos, os netos, pode ser uma coisa assim, não sei”.

“— E a senhora chegou a reclamar essa situação p’ra assistente social aqui do hospital?”.

“— Ah, reclamei. Ela disse que ia arrumar tudo, que podia deixar na mão dela, e foi daquelas que depois que eu dei a assinatura p’ra ela cuidar, ela nunca mais se incomodou de arrumar, e nem de nada. Uma vez ou outra, quando eu conseguia, de tanto pelejar, falar com ela pelo telefone, ela se desculpava, que ’tava muito difícil, e que minha irmã agora que entrou no meio, que ’tá recebendo, que é p’ra mim ver com ela. Essas coisas, e ia desligando o telefone rápido. Não ia dando atenção p’ra mim falar direito, não”. (Nair)

A instituição, via de regra, desampara na resolução dos problemas imediatos. Da narração de Nair observa-se que o cárcere define-se também pela supressão dessas condições mínimas. Ao fim e ao cabo, o efeito aparece precedendo a causa e, assim, a autonomia negada pela falta de encaminhamentos práticos e formais confirma e legitima o diagnóstico

psiquiátrico da falta de autonomia. Quando o serviço social da instituição não se responsabiliza pelas próprias atribuições, os esforços para desembaraçar a burocracia e garantir para si o recebimento dos proventos de aposentadoria vão parecer incontornáveis. E, assim, Nair volta a falar sobre a idéia de suicídio.

“Vai ficando como uma prisioneira aqui dentro, e eu não quero porque eu não sou nenhuma louca. É um problema, 'viu?! Eu 'tou sonhando com isso, esses dias, então, eu tenho pensado, mas pensado mesmo, firmemente, em dar um jeito na minha vida. Preciso disso, não é possível, gente, que 'tá me acontecendo um negócio desse”.
(Nair)

É trabalho de resistência preservar a memória e a clareza crítica quando a palavra e a construção da própria identidade são institucionalmente negadas. As circunstâncias do relato, o terreno de impedimentos da pessoa humana e da sua subjetividade política, não podem ser desconsideradas na análise dessas narrativas individuais. A instituição psiquiátrica enquadra a experiência dos sentimentos antes de ouvir a história do que sentem seus pacientes. É a própria identidade que parecem impor caminhos preestabelecidos.

Quando da sua entrada no serviço de psiquiatria do D. Pedro II, Nair é submetida a um exame de *GDS*, para medir seu “*grau de depressão*”. Nessa ocasião, foi instada a responder às seguintes perguntas, com “sim” ou “não”.

- 1) *Você está basicamente satisfeito com sua vida?*
- 2) *Você deixou muitos de seus interesses e atividades?*
- 3) *Você sente que sua vida está vazia?*
- 4) *Você se aborrece com frequência?*
- 5) *Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?*
- 6) *Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?*
- 7) *Você se sente feliz a maior parte do tempo?*
- 8) *Você sente que sua situação não tem saída?*
- 9) *Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?*
- 10) *Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?*

- 11) *Você acha maravilhoso estar vivo?*
- 12) *Você se sente inútil nas atuais circunstâncias?*
- 13) *Você se sente cheio de energia?*
- 14) *Você acha que sua situação é sem esperança?*
- 15) *Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?*

Sem as respostas dadas pela examinada, ou qualquer resultado técnico mais detalhado, sabemos apenas do seu diagnóstico: *“demência, pensamento desagregado, confusão, desorientada no tempo e espaço, idéias delirantes”*. A possibilidade de Nair dar a público uma narrativa pessoal, no contexto desses juízos prévios da sua vida psíquica pela instituição, tem um efeito político. No momento em que fala de si e das próprias experiências, evidencia essas contradições e arbitrariedades institucionais, ao mesmo tempo em que garante um enredo pessoal de revalorização dos seus entendimentos, análises, sentimentos e esperanças.

“— A senhora conhece as outras unidades aqui dentro do hospital?”.

“— Não conheço, não”.

“— A senhora sabe que aqui é a unidade psiquiátrica?”.

“— Não sei, não. É a psiquiátrica?!”.

“— Essa ala aqui do hospital é trancada? Se quiser dar uma voltinha, pode?”.

“— Não, aí dentro, sim, aí onde ’tá essa cadeira aí. A gente anda a vontade aí dentro, mas p’ra lá não, nas outras coisas, nos outros andares, não, a gente não anda não, não pode”.

“— Porque a senhora ’tá aqui?”.

“— Eu ’tou aqui por causa deles não me pagar e me puseram aqui p’ra tratar, mas não sei...”. (Nair)

Ato contínuo, vira-se e apercebe-se de uma interna sentada logo atrás de nós e comenta se não estaria ali a testemunhar a nossa conversa, o que acrescenta, fatigada: *“Olha, eu ’tou num sofrimento tremendo, e sem esperança de melhorar”*. As afirmações e comentários de Nair ganham sentidos de resistência no contexto das injunções impostas pelo convívio marcado pela vigilância dentro do hospital.

Ainda durante a entrevista, somos abordados por uma enfermeira que nota a agradável conversa que, ao que percebe, estaríamos tendo. A funcionária interroga Nair sobre uma casa que essa supostamente lhe teria prometido. Ao que segue o diálogo abaixo.

“[Enfermeira em tom de brincadeira] — A senhora não falou que ia me dar a casa da senhora?”

“— Desde quando?! Eu ’tou procurando alguém que dê alguma coisa p’ra mim, p’ra eu viver melhor”

“— Ah, sinto muito. Eu ’tou cuidando da senhora... a senhora pode passar p’r’o meu nome”

“— Brincadeira dela!”

“— Brincadeira nada, eu quero a quitinete p’ra mim. A senhora vai me dar?”

“— Não”

“— Então não cuido mais da senhora”

“— Paciência. O que que eu posso fazer?”

“[A enfermeira para mim]: — Fica a tarde inteira atrás de mim. Hoje ’tava me xingando, eu falei: — Que amor é esse que fica todo o dia atrás de mim e hoje ’tava me xingando?!”

“[Nair] — ’Tava xingando nada. Xingando é quando ela fala que...”

“[Enfermeira] — Brigando comigo, falando que eu não queria mais ela. Hoje ’tava brava! Ficou calma, agora, depois que o moço conversou?!”

“— É, melhorou um pouco”

“— Como é bom, Dona Nair, às vezes, ter alguém p’ra bater papo”

“— Oh, nem diga”

“— Tchau Dona Nair, pode deixar que eu cuido da senhora. Eu não quero sua quitinete não, ’viu?”

“— Eu sei disso. Que hora ’cê vai me por na cama p’ra eu dormir, descansar?”

“— A senhora ’tá aí conversando com ele!”

“— Não, mais tarde”

“— Fica conversando com ele, depois eu cuido da senhora. Agora, quem cuida da senhora é ele”

“— ’Tá bom”. (Nair)

Nair responde no mesmo tom festivo e brincalhão e depois de já distante a técnica, comenta.

“— Ela ’tá doida p’ra eu dar p’ra ela. Ela não faz mais porque acha que ’tá na mão da minha irmã e minha irmã não entrega. Ela não faz mais por isso”.

“— Ameaçam a senhora de tomar a sua casa”.

“— Ameaçam, sim! E faz tudo parecer brincadeira. Conversa assim, com quem diz: — ’Tou brincando. [Comenta] Mas, não é brincadeira, não. Que tem hora que ela fala comigo sozinha, e fala sério! Não é brincadeira, não”. (Nair)

Com a mesma funcionária, tive uma conversa dias antes, quando me falou da dedicação abnegada de algumas enfermeiras com pacientes do hospital, as quais já teriam inclusive, por conta dos préstimos recebidos, as indicado como herdeiras de seus imóveis e propriedades. Aos ouvidos de Nair, judicialmente interdita e sem saber da condição dos seus bens, a brincadeira da técnica sugere desconfiança concreta e forte apreensão. A fábrica da loucura tem seus caprichos para os velhos e velhas sob sua responsabilidade.

“— E a associação entre velhice e loucura?”.

“— Imagina, não tem nada, velho com a loucura. Não tem nada uma coisa com a outra. Eles falam porque são tudo viciados em coisas erradas, em lutar com coisas erradas. Acho que esse hospital não tem um bom nome, n’ê? Tem?”.

“— Sempre deslegitimam a reclamação dos velhos, não é?”.

“— É... [Na voz da equipe técnica]: — ’Tá nervosa e ficou doente aqui. [Comenta] De tanto lutar com essa vida aqui”.

“— Será que nunca é levado a sério?”.

“— Aqui eles levam a sério tudo o que é errado, tudo o que é errado eles levam a sério. O que é certo eles levam como errado”.

“— Aqui tem que cuidar com o que fala, n’ê?”.

“— É, infelizmente”. (Nair)

A enfermeira reaparece para colher jabuticabas da árvore do pátio. Fica à espreita e mesmo nos constrange. Mudamos de assunto e acompanhamos os seus esforços junto à

jabuticabeira. Cabe mencionar o incômodo e receio da funcionária ao me procurar mais tarde para se esclarecer quanto às declarações feitas sobre a quitinete de Nair. *“Aquilo era apenas brincadeira, viu?!”*. O seu retorno ao local da entrevista teve a preocupação de se inteirar do assunto que então tratávamos.

O episódio apenas compõe o quadro das violências institucionais que atingem de parte a parte funcionárias e internas, entretanto, e é bem verdade, não sem desigualdade nas conseqüências e formas de participação junto ao poder hospitalar por umas e outras. Nair suaviza as razões da atitude da enfermeira e fala mesmo sobre alguma bondade da funcionária.

“— Essa é boa. Ela que ’tá amarrada também, precisa do emprego. Mas ela é muito boa. Essa é!”.

“— O que a senhora quer dizer com amarrada?”.

“— Quer dizer, precisa do emprego, então, deixa eles falar e dar a ordem que eles quiserem e ela aceita, mas ela não é ruim, não, essa não é ruim, não. Não é, mas ela não tem jeito e ela precisa trabalhar porque ela tem os filhos pequenos, n’ê?, tem filhos pequenos, ela e o marido”.

“— É sempre assim, n’ê?, a gente tem que trabalhar, então acaba aceitando”.

“— É, aceitando porque não tem jeito, n’ê?, é o caso. Pois eu aqui... eu sei que eu não tenho nada dessas coisas, e não ’tou aqui? Vai ver como é que é, n’ê? Eles vão amarrando a pessoa de um jeito que depois a pessoa não sabe como se virar”.

“— Por que as coisas vão virando isso, esse bolo das pessoas se maltratando, e que por conta das necessidades pessoais vão assumindo parte em barbaridades?”.

“— Porque o povo tornou-se muito ambicioso, n’ê?, exageradamente, e não olha por outro canto, a não ser por esse, porque acha mais fácil”. (Nair)

A instituição psiquiátrica é histórica porque se constrói como possibilidade na história, ao mesmo tempo em que produz significados e práticas que se evidenciam pelo campo histórico em que se inscreve. É sempre a partir do tempo presente que ganha sentido a sua constante reinvenção. O hospital psiquiátrico é uma instituição que responde às construções

históricas do presente, e viva no plano criativo dos relacionamentos humanos possibilitados pelo momento histórico atual. O manicômio não é um equívoco humano, não se justifica pela leitura de arcaísmos práticos e científicos ou supostos desencontros da humanidade consigo mesma, antes é na história e pela história presente que seus fundamentos alcançam sentido político.

“— Eu não cheguei a falar direto ao senhor. Como é que é, o senhor acha? Pode falar, pode falar sem receio. Eu não fico como raiva do senhor, não. Eu sou louca, ou eles é que são loucos?”.

“— Eu tenho certeza absoluta de que a senhora não é louca”.

“— Eu sei que o senhor tinha aprovado. É um horror, gente, é um absurdo mesmo! Agora, a gente fica pensando, por que que uma irmã da gente faz isso com a gente? Que coisa, n'ê?! Por que será? Só se ela pensa que de uma hora p'ra outra, eu vou sair daqui e não tenho p'ra onde entrar e ela vai ter que comprar um negócio p'ra mim. Só se ela pensa isso, ou segurar isso p'ra mim, como quem diz: — Vou segurar, vou fazendo a despesa dela, e, depois, ela morrendo, eu fico com tudo que é dela. [Comenta] Isso aí a mim não interessa, porque se eu morri, acabou, acabou, fica aí e resolve, n'ê?”. (Nair)

Antes de finalizar a narração, Nair diz que de uma coisa jamais abriu ou abrirá mão: do seu direito a um sono tranqüilo, pois que depois de tudo ainda sofrer de insônia seria uma derrota. *“Eu não abro mão de dormir, quando sinto sono, eu durmo mesmo. Pode ser no banco da igreja, eu durmo. Esse gosto não dou p'ra eles!”.*

O diálogo é um espaço aberto de construção de identidades. A intersubjetividade marca o campo das estratégias pelas quais homens e mulheres se colocam e se afirmam nas oportunidades e caminhos politicamente determinados de um tempo social. E a política é a possibilidade da vida, os modos pelos quais culturas possíveis garantem e produzem maneiras de viver, o movimento da história como experiência humana. Nesse percurso de forças sociais em disputa, a defesa dos costumes e produção de novos significados não passam pela linha da repetição ou da herança. O homem nunca é igual. O fazer-se da história implica um *saber-se*

dos homens, e tantos quantos forem esses saberes que se sabem, suas compreensões, entendimentos, trabalhos, sofrimentos, amores e caminhadas, tantas serão as histórias possíveis. Assim, qualquer afirmação de incapacidade ou desconhecimento da vida pelos homens tem implícita a premissa de base de que alguns homens são mais homens do que outros.

As narrações analisadas aqui, compreendidas no campo do movimento da política e da história, e pelas análises críticas que evidenciam, dão testemunho da abertura da vida pela experiência, quando limites e obstáculos do entendimento e aproximações de oportunidades mais favoráveis abrem-se. A identidade é um campo de formação em aberto. O diálogo não tem ponto de partida e é, mesmo, uma criação aberta das relações da vida. São os próprios homens, suas práticas e identidades, que nascem desses encontros. O diálogo avança nas fronteiras do que seja a origem e o término da experiência humana. O diálogo mantém e põe novas fronteiras, outros marcos se constituem desses encontros por uma cadeia inumerável de imprevisíveis históricos.

O manicômio empenha-se em pôr começo e fim à formação humana, busca determinar o que deva ser sua origem e ponto de chegada. É um determinado tipo de homem que o manicômio pretende, e nisso determina e obriga o que sejam os sentimentos, compreensões, prazeres, sofrimentos e percursos que se deva cultivar no verdadeiro homem. No entanto, são homens e mulheres de verdade, a experiência e história de velhos e velhas de verdade que se encontra nas narrativas orais aqui recolhidas, e isso no sentido de que seus enredos de vida determinam uma possibilidade de humano dentro de um campo em aberto de determinações. Falando de si, de como viveram e vivem, dizem das possibilidades de vida do lugar de onde se pronunciam. A memória oral é a afirmação da potencialidade de outros percursos e reorientação de sentidos na história. Encontra não apenas o passado e o presente, mas também o futuro, como trajetórias sociais e políticas que se constituem em reciprocidade. Assim, a partir

dos entendimentos e compreensões desses narradores tem-se a melhor explicação das arbitrariedades institucionais que viveram e ainda agora vivem, como também a viabilidade prática de superação dessa realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar criticamente a realidade social dos manicômios e da velhice a partir das narrações das pessoas que vivem esse contexto passa pelo pressuposto inicial de que os discursos são dimensões sociais e políticas da experiência humana. Fundam, instituem e alargam o caminho da história, ao mesmo tempo em que mantêm e ultrapassam constituições dos modos de vida. A produção humana, o trabalho dos seus sofrimentos, alegrias, consciências e outros fazeres diversos fundam o novo na cultura, e os elementos que são seu ponto de partida se modificam de maneira radical e não apenas cumulativa de sentidos e significados, pois o humano presente também se constitui intrinsecamente como novidade.

A imaginação é uma dimensão política do humano, põe o real pela criação e prospecção junto à materialidade do mundo. O que se imagina tem dimensão histórica e é elemento de produção no campo de pensamento e trabalho da oralidade. Mesmo o tempo dos enredos narrativos inventa outras possibilidades de se viver o tempo quando dissolve a noção de passado, presente e futuro como cadeia linear e cronológica de eventos. A imaginação não deforma ou distorce os fatos e acontecimentos supostamente datados e outros monumentos, mas antes é a própria imaginação um monumento histórico. A materialidade da história e a dimensão psíquica do homem são experiências construídas reciprocamente num terreno de forças sociais e políticas em disputa.

No dia 19 de agosto de 2007, foi oficialmente lançado no bairro do Pari, na cidade de São Paulo, a Vila dos Idosos (Conjunto Habitacional Pari I), resultado da luta de mais de uma década de um coletivo de velhos e velhas por moradias de locação social, como reparação da dívida histórica com o segmento sempre excluído das políticas habitacionais do município. Esse grupo de homens e mulheres, resistentes, participantes de uma história de vida de esforços pela sobrevivência frente às enormes dificuldades da injustiça econômica e da desigualdade social, conquistou a conclusão e o lançamento do projeto de 145 unidades de

moradia. A iniciativa foi aprovada ainda no governo municipal de Marta Suplicy, com verba federal integralmente liberada pela administração Luís Inácio Lula da Silva. Teve sua placa de fundação descerrada pelas mãos do prefeito Gilberto Kassab, não sem antes se seguirem três anos de boicote ininterrupto à liberação do restante do dinheiro, por falta de encaminhamentos seus e do antecessor José Serra, para a finalização da obra já iniciada quando da confirmação de seus mandatos. Nessa altura, ao GARMIC – Grupo de Articulação para Moradia dos Idosos da Capital –, responsável pela iniciativa, havia sido negado o direito à integralidade das unidades de moradia da Vila, como se tinha previsto na demanda oficial protocolada quando da liberação das verbas para a obra junto à Caixa Econômica Federal. A autorização para o uso do dinheiro só podia vir pela assinatura do prefeito da ocasião. Defendia a prefeitura de José Serra, numa política preservada pelo sucessor Kassab, que não atenderia a movimentos sociais específicos, pois que todos os idosos e idosas da cidade teriam direito a concorrer a vagas no projeto. Atentos ao encaminhamento da demanda, conseguiram efetivamente excluir o GARMIC de mais de metade das unidades da Vila e, mesmo as que confirmaram, não entregaram sem antes desconsiderar os nomes indicados no grupo pelo critério da assídua participação dessas pessoas na história da conquista. Selecionaram aleatoriamente segundo a perspectiva da idade.

A política praticada pela gestão Serra e continuada, de forma mais incisiva, por Gilberto Kassab, nunca teve em vista o princípio “generalista” pela visão do acesso de todos com justiça social e igualdade econômica às formas democráticas de participação junto ao poder da sociedade. O aspecto “generalista” que se afirmava aí era o de agrupar homens e mulheres na perspectiva da generalidade da “carência”, acepção central das políticas assistencialistas e filantrópicas que sempre garantem aos dominantes o poder da benevolência e da caridade, que, quando demonstram, fazem-no tendo em vista a vantagem de alcançarem créditos políticos para o futuro. Os pobres “gerais” continuando, assim, sob a marca e carimbo

da necessidade que precisaria necessariamente do apoio e iniciativa dos “outros”, os visionários da “solução final” para o bem-estar social. Os idosos envolvidos, ao lutarem diretamente na conquista do GARMIC, para que se respeitasse a demanda protocolada, faziam-no por se saberem erguidos sobre as próprias pernas e que sua reivindicação tinha a legitimidade da participação igual junto ao poder social, a democracia no seu único sentido. A derrota parcial veio pelas injustiças previsíveis de uma tradição política que pratica os direitos apenas na condição de favores assistenciais ou por reivindicações técnicas apresentadas à Justiça.

A prática política de atenção “generalista” coloca a realização da história na oficialidade dos éditos e placas de inauguração do poder de estado, sempre pelas mãos dos mesmos gentis homens que “guiam” o destino dos “humildes”, os submetidos objetos da sua atenção caritativa.

Quando do dia de lançamento da Vila dos Idosos, além de Gilberto Kassab, também estavam presentes o presidente da câmara e seu vice, o vereador petebista Adilson Amadeo. Ao que se soube apenas naquela ocasião, o projeto habitacional seria batizado com o nome de “Armando Amadeo”, pai desse vereador. Os idosos e as idosas envolvidas na conquista do projeto foram informados desse batismo tardio apenas nesse dia em que a fita seria cortada na presença das autoridades competentes, e mesmo com a placa de fundação trazendo já inscritos os detalhes da falsa paternidade. Do filho de Armando Amadeo, veio do palanque a explicação de que seu pai havia sido um homem digno e honesto, nascido e criado no bairro da Mooca, justificativa completa, pelo que anunciava, do seu merecimento para a láurea que lhe dedicavam.

O grupo dos velhos e velhas presentes protestou com tal vigor que alcançou naquele mesmo momento a aparente reversão total do caso. Não seria pequena essa derrota para os idosos da cidade de São Paulo que sempre se viram e, hoje, cada vez mais, reféns do rótulo da

passividade e do tempo da calma e esparecimento dos bailinhos da terceira idade, pelo que é ocultado seu poder de luta. Falta ainda garantir que a memória da realização desse projeto confirme a história de luta dos velhos e velhas, seus reais fundadores, no nome do empreendimento.

Foi nessa urgência de se escovar a história a contrapelo, e garantir uma memória de conquistas e resistências, que ouvimos e discutimos a cultura de velhos e velhas que estão hoje encarcerados em manicômios da cidade de São Paulo. A perspectiva proposta é a de que fiquem ainda mais evidenciadas suas lutas cotidianas, dificultando o trabalho da ideologia que procura apagar sua condição de sujeitos políticos.

Outras discussões e pesquisas possíveis podem partir desse ponto: o desocultamento da história de trabalho e experiência da própria velhice na luta por direitos sociais e políticos.

FONTES

■ PRONTUÁRIOS E DOCUMENTOS DIVERSOS DOS ARQUIVOS HOSPITALARES (material promocional; plantas dos projetos arquitetônicos originais; históricos das unidades; entrevistas de anamnese social e médica com internos, parentes e responsáveis; histórias da vida pregressa pessoal e institucional dos internos; observações psiquiátricas; exames psíquicos; diagnósticos prováveis e definitivos; cartas e cartões pessoais; ofícios de passagem por outros centros de internamento; fichas de internação e desinternação; processos judiciais de tutela e inventariado; anotações do cotidiano hospitalar – comportamento, dieta alimentar, medicação prescrita e observações várias de solicitações dos internos)

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PINEL

- UNIDADE LARES ABRIGADOS (arquivo ativo) e S.A.M.E. – SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA (arquivo morto)
Sr. O. J. S. (período de 25/12/1987 até 14/04/2004).
- UNIDADE CONVÍVIO (arquivo ativo) e S.A.M.E. – SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA (arquivo morto)
Sr.^a J. K. (período de 06/05/1974 até 28/04/2004).
Sr.^a M. A. A. (período de 09/03/1994 até 04/06/2004)
Sr.^a M. A. D. S. (período de 16/05/2003 até 28/07/2004)
Sr.^a L. S. S. F. (período de 24/06/1992 até 25/06/2004)
Sr.^a E. M. C. (período de 09/12/1988 até 13/09/2004)
- S.A.M.E. – SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA (arquivo morto)
Caixas dos prontuários de n.º 001-033; 034-066; 067-108; 109-142; 143-175.

HOSPITAL GERIÁTRICO E DE CONVALESCENTES D. PEDRO II / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

- ARQUIVO MORTO
Prontuários (1973 – 2004)
- UNIDADE PSIQUIÁTRICA FEMININA
Sr.^a N. B. (período de 11/12/2002 até 06/08/2004)
Sr.^a I. O. (período de 19/05/2004 até 18/09/2004)
Sr.^a M. R. (período de 10/02/1984 até 20/09/2004)

■ ARQUIVO DO ESTADO DE SÃO PAULO

- CATÁLOGO SANATÓRIO PINEL 1929 – 1944 (Volume 1)
Prontuários: 0029/CO9576; 0053/CO9577; 0086 e 0104/CO9578; 0124, 0126, 0128 e 0140/CO9579; 0187 e 0199/CO9581; 0254/CO9582; 0260, 0265, 0266 e 0280/CO9583; 0320/CO9584; 0356/CO9585.

■ ENTREVISTAS

- HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PINEL (captação digital em MD)
Sr. O. J. S. (Unidade Lares Abridados Casa n.º 1 28/04/2004)
Sr.ª J. K. (Unidade Convívio 05/05/2004)
Sr.ª M. A. A. (Unidade Convívio 13/09/2004)
Sr.ª E. M. C. (Unidade Convívio 13/09/2004)
Sr.ª L. S. (Unidade Convívio 15/09/2004)
- HOSPITAL GERIÁTRICO E DE CONVALESCENTES D. PEDRO II / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (captação digital em MD)
Sr.ª N. B. (Unidade Psiquiátrica Feminina 14/09/2004)
Sr.ª I. O. (Unidade Psiquiátrica Feminina 18/09/2004)
Sr.ª M. R. (Unidade Psiquiátrica Feminina 20/09/2004)

■ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADORNO, Theodor W. e HORKHEIMER, Max (1986). *Dialética do esclarecimento*. 2 ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- ALBERTI, Verena (1990). *História oral, a experiência do CPDOC*. 1 ed. Rio de Janeiro, FGV Editora.
- AMADO, Janaína (1997). A culpa nossa de cada dia: ética e história oral. *Projeto História* 15 (abr.), pp. 145-155.
- ARENDETT, Hannah (1998). *Origens do totalitarismo*. 3 ed. São Paulo, Companhia das Letras.
- ASSIS, Machado de (1991). *O alienista*. 20 ed. São Paulo, Ática.
- BAKHTIN, Mikhail (1987). *A cultura popular na Idade Média e no Renascimento: o contexto de François Rabelais*. 1 ed. São Paulo, Hucitec.
- _____. (2001). *O freudismo, um esboço crítico*. 1 ed. São Paulo, Perspectiva.
- BAPTISTA, Luis A. dos S. (1987). *Algumas histórias sobre a fábrica de interiores*. TD, Instituto de Psicologia/USP.
- BARBOSA, Rosana M. (1992). *Presença negra numa instituição modelar: o hospício de Juquery*. (Dissertação de Mestrado) Departamento de Sociologia. São Paulo, FFLCH/USP.
- BARTHES, Roland (2000). *Aula*. 8 ed. São Paulo, Cultrix.
- BASAGLIA, Franco (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2 ed. Rio de Janeiro, Graal.
- _____. (1994a). “Clínica”. In: *Enciclopédia Einaudi* (volume 23). Inconsciente-Normal/anormal. Porto, Imprensa Nacional – Casa da Moeda, pp. 273-294.
- _____. (1994b). “Fármaco/Droga”. In: *Enciclopédia Einaudi* (volume 23). Inconsciente-Normal/anormal. Porto, Imprensa Nacional – Casa da Moeda, pp. 257-272.
- _____. (1994c). “Loucura/Delírio”. In: *Enciclopédia Einaudi* (volume 23). Inconsciente-Normal/anormal. Porto, Imprensa Nacional – Casa da Moeda, pp. 295-322.
- BEAUVOIR, Simone de (1990). *A velhice*. 4 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- BENJAMIN, Walter (1993). “O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov”. In: *Magia e técnica, arte e política, obras escolhidas vol. I*. 6 ed. São Paulo, Brasiliense, pp. 197-221.
- BERGSON, Henri (1971). *A evolução criadora*. 1 ed. Rio de Janeiro, Opera Mundi.

- BIANCHI, Henri (1993). *O eu e o tempo: psicanálise do tempo e do envelhecimento*. 1 ed. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- BIRMAN, Joel (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. 1 ed. Rio de Janeiro, Graal.
- BOSI, Ecléa (1978). *Cultura de massa e cultura popular: leituras de operárias*. 4 ed. Petrópolis, RJ, Vozes.
- _____ (1999). *Memória e sociedade: Lembranças de velhos*. 7 ed. São Paulo, Companhia das Letras.
- _____ (2001). “Cultura de massas e cultura popular. Leituras de operárias”. In: *Metodologia das ciências humanas*. 2 ed. São Paulo, Hucitec/Editora da Unesp, pp. 199-219.
- _____ (2003) *O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social*. 1 ed. São Paulo, Ateliê Editorial.
- CAMARGO, Aspásia (1994). “História Oral e Política”. In: *História oral e multidisciplinaridade*. 1 ed. Rio de Janeiro, Diadorim, pp. 75-99.
- CANCLINI, Néstor G. (1983). *As culturas populares no capitalismo*. 1 ed. São Paulo, Brasiliense.
- _____ (2005). *Diferentes, desiguais e desconectados: mapas da interculturalidade*. 1 ed. Rio de Janeiro, Editora UFRJ.
- CARDOSO, Ciro F. e VAINFAS, Ronaldo (1997). *Domínios da História*. 1 ed. Rio de Janeiro, Campus.
- CARNEIRO, Glauco (1986). *O poder da misericórdia: a Santa Casa na História de São Paulo (a Irmandade da Santa Casa na História social e política da cidade de São Paulo – 1560/1985)*. São Paulo.
- CARVALHO, Campos de (1997). “A lua vem da Ásia”. In: *Obra Reunida*. 2 ed. Rio de Janeiro, Livraria José Olympio.
- CASTEL, Robert (1991). *A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo*. 2 ed. Rio de Janeiro, Graal.
- _____ (1978). *O psicanalismo*. 1 ed. São Paulo, Graal.
- CASTORIADIS, Cornelius (2000). *A Instituição imaginária da sociedade*. 5 ed. São Paulo, Paz e Terra.
- CHALHOUB, Sidney (1999). *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. 1 ed. São Paulo, Companhia das Letras.
- CHAUÍ, Marilena de S. (1986). *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. 1 ed. São Paulo, Brasiliense.
- _____ (1999). *A nervura do real: imanência e liberdade em Espinosa*. 1 ed. São Paulo, Companhia das Letras.
- _____ (2000). *Brasil: mito fundador e sociedade autoritária*. 1 ed. São Paulo, Fundação Perseu Abramo.
- _____ (2003a). *Política em Espinosa*. 1 ed. São Paulo, Companhia das Letras.
- _____ (2003b). *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. 10 ed. São Paulo, Cortez.
- CHAUÍ, Marilena de S.; CANDIDO, Antonio; ABRAMO, Lelia e MOSTAÇO, Edécio (1985). *Política cultural*. 1 ed. São Paulo, Mercado Aberto.
- CHAUVEAU, A e TÉTARD, Ph. (orgs.) (1999). *Questões para a história do presente*. 1 ed. Bauru, SP, EDUSC.
- COHN, Amélia (1981). *Previdência social e processo político no Brasil*. 1 ed. São Paulo, Moderna.
- COUTO, Rita C. C. de M. (1994). *Eugenia, loucura e condição feminina no Brasil: as pacientes do sanatório Pinel de Pirituba e o discurso dos médicos e dos leigos*

- durante a década de 1930.* (Dissertação de Mestrado) Departamento de História. São Paulo, FFLCH/USP.
- _____ (1999). *Nos corredores do Pinel: eugenia e psiquiatria.* (Tese de Doutorado) Departamento de História. São Paulo, FFLCH/USP.
- CUNHA, Maria C. P. da (1988). *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo.* 2 ed. Paz e Terra, São Paulo.
- DE CERTEAU, Michel (1996). *A invenção do cotidiano. Artes de fazer.* 2 ed. Petrópolis, RJ, Vozes.
- _____ (1997). *A invenção do cotidiano 2: morar, cozinhar.* 1 ed. Petrópolis, RJ, Vozes.
- _____ (1988). “A operação histórica”. In: *História: novos problemas.* 3 ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- _____ (2000). *A escrita da história.* 2 ed. São Paulo, Forense Universitária.
- DE DECCA, Edgar (1981). *1930: o silêncio dos vencidos.* 2 ed. São Paulo, Brasiliense.
- DEBERT, Guita G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento.* 1 ed. São Paulo, EDUSP.
- DEJOURS, Christophe (1988). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.* 3 ed. São Paulo, Cortez.
- DELEUZE, Gilles (1997). *Crítica e clínica.* 1 ed. São Paulo, Editora 34.
- _____ (1995-1997). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia, vols. 1; 3; 4; 5.* São Paulo, Editora 34.
- DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix (1966). *O anti-édipo, capitalismo e esquizofrenia.* Alvim. 4 ed. Lisboa, Assírio
- _____ (1997). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia vol. II.* 1 ed. Rio de Janeiro, Editora 34.
- DONZELOT, Jacques (2001). *A polícia das famílias.* 3 ed. Rio de Janeiro, Graal.
- DOSTOIÉVSKI, Feódor M. (1954). *Humilhados e ofendidos.* 4 ed. Rio de Janeiro, José Olympio.
- ENCICLOPÉDIA EINAUDI (volume 23) (1994). *Inconsciente-Normal/anormal.* Porto, Imprensa Nacional – Casa da Moeda.
- ENGELS, Friedrich e MARX, Karl (1984). *A Ideologia alemã (Feuerbach).* 4 ed. São Paulo, Hucitec.
- FENELON, Déa Ribeiro (1995). E. P. Thompson – história e política. *Projeto História* 12. São Paulo, Educ (out.), pp. 77-93.
- FENELON, Déa R.; MACIEL, Laura A.; ALMEIDA, Paulo R. de e KHOURY, Yara A. (orgs.) (2004) *Muitas memórias, outras histórias.* 1 ed. São Paulo, Olho d'Água.
- FERLA, Luis A. C. (2005). *Feios, sujos e malvados sob medida. Do crime ao trabalho, a utopia médica do biodeterminismo em São Paulo (1920-1945).* (Tese de Doutorado) Departamento de História. São Paulo, FFLCH/USP.
- FERREIRA, Marieta de M. (coord.) (1994). *Entre-vistas; abordagens e usos da História Oral.* 1 ed. Rio de Janeiro, Editora FGV.
- FERREIRA, Marieta de M. (1996). “História oral e tempo presente”. In: *(Re)introduzindo a História Oral no Brasil.* 1 ed. São Paulo, USP, pp. 11-21 (Série Eventos).
- FOUCAULT, Michel (1972). *História da loucura na idade clássica.* 6 ed. São Paulo, Perspectiva.
- _____ (1994). *Doença mental e psicologia.* 5 ed. Rio de Janeiro, Edições Tempo Brasileiro.
- _____ (1997). *Vigiar e Punir.* 16 ed. Petrópolis, RJ, Vozes.
- _____ (1999a). *História da sexualidade I: A vontade de saber.* 13 ed. Rio de Janeiro, Graal.
- _____ (1999b). *Microfísica do poder.* 14 ed. Rio de Janeiro, Graal.
- _____ (2000a). *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas.* 8 ed. São Paulo, Martins Fontes.

- _____ (2000b). *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*. 6 ed. Rio de Janeiro, Graal.
- _____ (2001a). *A verdade e as formas jurídicas*. 2 ed. Rio de Janeiro, Nau Editora.
- _____ (2001b). *O nascimento da clínica*. 5 ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária.
- _____ (2002a). *Os anormais*. 1 ed. São Paulo, Martins Fontes.
- _____ (2002b). *A arqueologia do saber*. 6 ed. São Paulo, Forense Universitária.
- GOFFMAN, Erving (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. 1 ed. São Paulo, Perspectiva.
- GOLDFARB, Delia C. (1998). *Corpo, tempo e envelhecimento*. 1 ed. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- GUATTARI, Félix (1981). *Revolução molecular: Pulsações políticas do desejo*. 1 ed. São Paulo, Brasiliense.
- GUATTARI, Félix e ROLNIK, Suely (2000). *Micropolítica, cartografias do desejo*. 6 ed. Petrópolis, RJ, Vozes.
- GUIMARÃES ROSA, J. (1986). *Grande sertão: Veredas*. 32 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- GRUPO MEMÓRIA POPULAR (2004). “Memória popular: teoria, política, método”. In: *Muitas memórias, outras histórias*. 1 ed. São Paulo, Olho d’Água, pp. 283-295.
- HADDAD, Eneida G. de M. (1985). *A ideologia da velhice*. (Dissertação de Mestrado) Departamento de Sociologia. São Paulo, FFLCH/USP.
- _____ (1991). *A velhice de velhos trabalhadores: o cenário, o movimento e as políticas sociais*. (Tese de Doutorado) Departamento de Sociologia. São Paulo, FFLCH/USP.
- HALBWACHS, Maurice (1990). *A memória coletiva*. 1 ed. São Paulo, Vértice.
- IGNATIEFF, Michael (1987). Instituições totais e classes trabalhadoras: um balanço crítico. *Revista Brasileira de História* v.7 (mar./ago.), n.14, pp. 185-193.
- JONES, Colin e PORTER, Roy (1995). *Reassessing Foucault: power, medicine and the body*. 2 ed. Londres e Nova York, Routledge.
- KHOURY, Yara A. (2001). Narrativas orais na investigação da história oral. *Projeto História* 22. São Paulo, Educ. (jun.), pp. 79-103.
- _____ (2004). “Muitas memórias, outras histórias: cultura e o sujeito na história”. In: *Muitas memórias, outras histórias*. 1 ed. São Paulo, Olho d’Água, pp. 116-138.
- LAFARGUE, Paul (2000). *O direito à preguiça*. Introdução de Marilena Chaui. 1 ed. São Paulo, Editora da Unesp/Hucitec.
- LAING, Ronald. D. (1974). *A política da experiência e a ave-do-paráiso*. 1 ed. Petrópolis, RJ, Vozes.
- _____ (1975). *O eu dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura*. 2 ed. Petrópolis, RJ, Vozes.
- LANZMANN, Claude (1987). *Shoah, vozes e faces do holocausto*. 1 ed. São Paulo, Brasiliense.
- LAPLANCHE e PONTALIS (1998). *Vocabulário de Psicanálise*. 3 ed. São Paulo, Martins Fontes.
- LE GOFF, Jaques (1996). *História e Memória*. 4 ed. Campinas, Editora da Unicamp.
- _____ (2001). *A História nova*. 4 ed. São Paulo, Martins Fontes.
- LE GOFF, Jaques e NORA, Pierre (1988). *História: novos problemas*. 3 ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- LEFORT, Claude (1974). Esboço de uma gênese da ideologia nas sociedades modernas. *Estudos CEBRAP* 10. São Paulo, Edições CEBRAP e Editora Brasileira de Ciências Ltda (out.-nov.-dez.), pp. 5-56.
- _____ (1979a). *Éléments d’une critique de la bureaucratie*. 1 ed. Paris, Gallimard.
- _____ (1979b). *As formas da história: ensaios de antropologia política*. 1 ed. São Paulo, Brasiliense.

- _____ (1983). *A invenção democrática: os limites da dominação totalitária*. 1 ed. São Paulo, Brasiliense.
- _____ (1991). *Pensando o político: ensaios sobre democracia, revolução e liberdade*. 1 ed. São Paulo, Paz e Terra.
- _____ (1999). *Desafios da escrita política*. 1 ed. São Paulo, Discurso.
- LÉGER, J. M.; TESSIER, J. F. e MOUTY, M. D. (1994). *Psicopatologia do envelhecimento: assistência aos idosos*. 1 ed. Petrópolis, RJ, Vozes.
- LESSING, Doris (1984a). *O diário de uma boa vizinha*. 1 ed. Rio de Janeiro, Record.
- _____ (1984b). *Se os velhos pudessem*. 1 ed. Rio de Janeiro, Record.
- LINEBAUGH, Peter (1983). “Crime e industrialização: a Grã-Bretanha no século XVIII”. In: PINHEIRO, Paulo Sérgio (org.). *Crime, violência e poder*. 1 ed. São Paulo, Brasiliense.
- _____ (1984). Todas as montanhas atlânticas estremecerem. *Revista Brasileira de História* (número especial “À Lucta, trabalhadores!”). São Paulo, Marco Zero, pp. 7-46.
- _____ (1988). Réplica. *Revista Brasileira de História* v. 8 n. 16. São Paulo (mar.-ago.), pp. 205-219.
- LUZ, Madel T. (1979). *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 2 ed. Rio de Janeiro, Graal.
- MACHADO, Roberto (2001). *Zaratustra, tragédia nietzschiana*. 3 ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- MACHADO, Roberto; LOUREIRO, A.; LUZ, R. e MURICY, K. (1978). *Danação da Norma: Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil*. 1 ed. Rio de Janeiro, Graal.
- MARTON, Scarlett (2000). *Extravagâncias, ensaios sobre a filosofia de Nietzsche*. 2 ed. São Paulo, Unijuí/Discurso.
- MARX, Karl (1965). *Miséria da Filosofia, resposta à “Filosofia da Miséria” de Pierre-Joseph Proudhon*. 1 ed. Rio de Janeiro, Leitura.
- _____ (1997). *O 18 Brumário e Cartas a Kugelmann*. 6 ed. São Paulo, Paz e Terra.
- MERLEAU-PONTY, Maurice (2005). *O visível e o invisível*. 4 ed. São Paulo, Perspectiva.
- MESGRAVIS, Laima (1976). *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 1599? – 1884: contribuição ao estudo da assistência social no Brasil*. 1 ed. São Paulo, Conselho Estadual de Cultura (Coleção ciências humanas, 3).
- MESSY, Jack (1999). *A pessoa idosa não existe*. 2 ed. São Paulo, Aleph.
- MOFFATT, Alfredo (1991). *Psicoterapia do Oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular*. 7 ed. São Paulo, Cortez.
- MONTENEGRO, Antonio T. (2001). *História oral e memória, a cultura popular revisitada*. 1 ed. São Paulo, Contexto.
- MUSIL, Robert (2006). *O homem sem qualidades*. 1 ed. especial. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- NEVES, Margarida de S. (1993). “O povo na rua um ‘conto de duas cidades’”. In: *Olhares sobre a cidade*. 1 ed. Rio de Janeiro, Editora UFRJ.
- NIETZSCHE, Friedrich W. (1992). *A minha irmã e Eu*. 1 ed. São Paulo, Moraes.
- _____ (1997). *A genealogia da moral*. 7 ed. Lisboa, Guimarães.
- _____ (1998a). *Para além de bem e mal*. 7 ed. Lisboa, Guimarães.
- _____ (1998b). *Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém*. 1 ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- _____ (2000a). *A gaia ciência*. 6 ed. Lisboa, Guimarães.
- _____ (2000b). *Crepúsculo dos ídolos (ou como filosofar com o martelo)*. 2 ed. Rio de Janeiro, Relume Dumará.

- _____ (2001a). “Introdução teórica sobre a verdade e a mentira no sentido extramoral”. In: *O livro do filósofo*. 5 ed. São Paulo, Centauro.
- _____ (2001b). *Humano, demasiado humano: um livro para espíritos livres*. 1 ed. São Paulo, Companhia das Letras.
- _____ (2002). *O caso Wagner, um problema para músicos / Nietzsche contra Wagner, dossiê de um psicólogo*. 1 ed. São Paulo, Companhia das Letras.
- NOVAES, Adauto (org.) (1987). *Tradição e contradição*. 1 ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- _____ (org.) (1996). *Tempo e História*. 1 ed. São Paulo, Companhia das Letras.
- NOVAIS, Fernando A. (dir. geral) e SEVCENKO, Nicolau (org.) (1998). *História da vida privada no Brasil vol. 3*. 1 ed. São Paulo, Companhia das Letras.
- OLIVEIRA, Francisco de (1989). *A economia da dependência imperfeita*. 5 ed. Rio de Janeiro, Graal.
- PASSERINI, Luisa (1993). Mitobiografia em história oral. *Projeto História* 10. São Paulo, Educ (dez.), pp.29-40.
- _____ (1988). *Fascism in popular memory: The cultural experience of the Turin working class*. 1 ed. Cambridge, Cambridge University Press.
- _____ (1998). “A ‘lacuna’ do presente”. In: *Usos e abusos da história oral*. 2 ed. Rio de Janeiro, FGV Editora, pp. 211-214.
- PASSETTI, Edson (2000). *Amizade (ensaio: Foucault, Nietzsche, Stirner)*. (Livre Docência) São Paulo, PUC.
- PERROT, Michelle (1988). *Os excluídos da História*. 1 ed. São Paulo, Paz e Terra.
- PORTELLI, Alessandro (1997a). Forma e significado na História Oral. A pesquisa como um experimento em igualdade. *Projeto História* 14. São Paulo, Educ (fev.), pp.7-24.
- _____ (1997b). Tentando aprender um pouquinho. Algumas reflexões sobre a ética na História Oral. *Projeto História* 15. São Paulo, Educ (abr.), pp. 13-50.
- _____ (2001). História Oral como gênero. *Projeto História* 22. São Paulo, Educ (jun.), pp. 9-36.
- _____ (2003). *La ordem ya fue ejecutada: Roma, las fosas ardeatinas, la memória*. 1 ed. Argentina, Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2004). “O momento da minha vida: funções do tempo na história oral”. In: *Muitas memórias, outras histórias*. 1 ed. São Paulo, Olho d’Água, pp. 296-313.
- PORTER, Roy (1991). *Uma história social da loucura*. 2 ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- PROUST, Marcel (1989). *Em busca do tempo perdido*. 9 ed. Rio de Janeiro, Globo.
- RAGO, Margareth (2000). *Entre a história e a liberdade: Luce Fabbri e o anarquismo contemporâneo*. 1 ed. São Paulo, Editora da Unesp.
- REICH, Wilhelm (1988). *Psicologia de massa do Fascismo*. 2 ed. São Paulo, Martins Fontes.
- _____ (1995). *O Assassinato de Cristo*. 4 ed. São Paulo, Martins Fontes.
- RIBEIRO, Paula (2000). *Saara: uma paisagem singular na cidade do Rio de Janeiro 1960 – 1990*. (Dissertação de Mestrado) Departamento de História. São Paulo, PUC.
- ROSEN, George (1980). *Da Polícia Médica à Medicina Social*. 1 ed. Rio de Janeiro, Graal.
- ROTHMAN, David J. (1980). *Conscience and convenience: the asylum and its alternatives in progressive America*. 1 ed. Boston/Toronto, Little, Brown and Company.
- SARLO, Beatriz (1997). *Paisagens imaginárias: intelectuais, artes e meios de comunicação*. 1 ed. São Paulo, Edusp.
- _____ (2000). *Cenas da vida pós-moderna*. 1 ed. Rio de Janeiro, Editora UFRJ.
- SCHITTAR, Lucio (1985). “Introdução documentária”. In: *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2 ed. Rio de Janeiro, Graal.
- SCHOLEM, Gershom G. (1978). *A cabala e seu simbolismo*. 1 ed. São Paulo, Perspectiva.
- SEBE BOM MEIHY, José C. (org.) (1996). *(Re)introduzindo História Oral no Brasil*. 1 ed. São Paulo, Série Eventos (USP).

- SEBE BOM MEIHY, José C. e LEVINE, Robert M. (1994). *Cinderela Negra: A saga de Carolina Maria de Jesus*. 1 ed. Rio de Janeiro, Editora UFRJ.
- SILVA, Marcos A. da (2001). Filtrada a voz, ouvir os resíduos. *Projeto História* 22. São Paulo, Educ (jun.), pp. 425-429.
- SILVA, Marcos A. da e FONSECA, Selva G. (2007). *Ensinar história no século XXI: em busca do tempo entendido*. 1 ed. Campinas, SP, Papirus.
- SILVEIRA, Nise da. (1998) *Gatos, a emoção de lidar*. 1 ed. Rio de Janeiro, Léo Christiano Editorial.
- SONTAG, Susan (1984). *A doença como metáfora*. 1 ed. Rio de Janeiro, Graal.
- SOUZA, João C. de (1995). *Na luta por habitação, a construção de novos valores*. São Paulo, Educ.
- SOUZA, José C. de (1993). *A questão da individualidade: a crítica do humano e do social na polêmica Stirner-Marx*. 1 ed. São Paulo, Editora da Unicamp.
- STIRNER, Max (1974). *El único y su propiedad*. 1 ed. Barcelona, Labor.
- SWEENEY, Robert (1988). Outras canções da liberdade: uma crítica de “Todas as montanhas atlânticas estremecerem”. *Revista Brasileira de História* v. 8 n. 16. São Paulo (mar.-ago.), pp. 205-219.
- THOMPSON, Edward. P. (1997a). *A formação da classe operária inglesa: a árvore da liberdade*. 3 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- _____ (1997b). *Senhores e caçadores*. 2 ed. São Paulo, Paz e Terra.
- _____ (1981). *A miséria da teoria ou um planetário de erros (uma crítica ao pensamento de Althusser)*. 1 ed. Rio de Janeiro, Zahar.
- _____ (1998). *Costumes em comum: estudos sobre a cultura popular tradicional*. 1 ed. São Paulo, Companhia das Letras.
- THOMPSON, Paul (1992). *A voz do passado: história oral*. 1 ed. São Paulo, Paz e Terra.
- TRAGTENBERG, Maurício (1992). *Burocracia e Ideologia*. 2 ed. São Paulo, Ática.
- VAINFAS, Ronaldo (2002). *Protagonistas anônimos da história*. 1 ed. Rio de Janeiro, Campus.
- VASCONCELOS, Regina I. V. (2004). *Narradores do Sertão: História e Cultura nas histórias de assombração de sertanejos cearenses*. (Tese de Doutorado) Departamento de História. São Paulo, PUC.
- VESENTINI, Carlos A. (1997). *A teia do fato: uma proposta de estudo sobre a Memória Histórica*. 1 ed. São Paulo, Hucitec.
- VILANOVA, Mercedes (1994). “Pensar a subjetividade – estatísticas e fontes orais”. In: *História oral e multidisciplinaridade*. 1 ed. Rio de Janeiro, Diadorim, pp. 45-75.
- _____ (1995). Entrevista. *Projeto História* 12. São Paulo, Educ (out.), pp. 157-171.
- VILANOVA, Mercedes e JULIÁ, Xavier M. (1992). *Atlas de la evolución del analfabetismo em España de 1887 a 1981*. Madrid, C.I.D.E.
- VIRILIO, Paul (1993). *O espaço crítico*. 1 ed. Rio de Janeiro, Editora 34.
- WADI, Yonissa M. (2002). *Louca pela vida: a história de Pierina*. (Tese de Doutorado) Departamento de História. São Paulo, PUC.
- WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet H. e JACKSON, Don (1999). *Pragmática da comunicação humana*. 12 ed. São Paulo, Cultrix.
- WEIL, Simone (1996). *A condição operária e outros estudos sobre a opressão (org. Ecléa Bosi)*. 2 ed. São Paulo, Paz e Terra.
- WILLIAMS, Raymond (1989). *O campo e a cidade: na história e na literatura*. 1 ed. São Paulo, Companhia das Letras.
- _____ (2002). *Tragédia moderna*. 1 ed. São Paulo, Cosac & Naify.

■ VÍDEOS

HIRSZMAN, Leon. *Imagens do Inconsciente I – Em busca do Espaço Cotidiano – Fernando Diniz* (80 min.).

LANZMANN, Claude. *Shoah*. (512 min.).