

EM BUSCA DE LUGARES PERDIDOS: Assistência ao doente mental revelada através de histórias de vida.

SEARCHING FOR LOST PLACES: ASSISTANCE TO MENTAL PATIENT REVEALED BY HIS LIFE HISTORY

Dorisdaia Carvalho de Humerez¹

RESUMO: O trabalho em questão tem por objetivo conhecer a história de vida de doentes mentais; resgatar suas expectativas, projetos e possibilidades dentro ou fora da instituição psiquiátrica e refletir com base na experiência dos sujeitos, sobre a assistência ao doente mental. Os discursos revelaram a qualidade da vivência nos lugares antes, durante e depois do enlouquecer, sendo que, no depois, os relatos, passam a ter outro significado, mesmo quando o lugar, materialmente, é o mesmo de antes do adoecer. Os sujeitos conseguem sobreviver olhando para o passado, que na maior parte foi também de dificuldades, porém tinham o essencial: desempenhavam papéis aceitos socialmente, compartilhavam no grupo social e antecipavam-se no porvir. Os sujeitos deste estudo expõem o uso de astúcia e esperteza para driblar a ordem a que estão submetidos. Reivindicam o resgate do identitário, do relacional, querem compartilhar, de alguma forma, da vida com os outros e participar das gestões sobre seu destino. Explicitaram também que a vivência do não-lugar não é apenas no hospital psiquiátrico, mas a cultura manicomial que habita as famílias, os ambulatórios, os hospitais-dia, as universidades, as enfermarias psiquiátricas dos hospitais gerais. Desconstruir o manicômio, portanto, será rever a cultura, ou o manicômio mental. Não se trata de um processo apenas no interior da psiquiatria, mas atravessa diferentes dimensões: da política, das leis, da organização social, das instituições disciplinares, enfim, do imaginário coletivo.

UNITERMOS: Assistência ao doente mental - História de vida - Enfermagem psiquiátrica.

¹ Doutora em Enfermagem EEUSP, Docente de Enfermagem Psiquiátrica Dep.Enf. UNIFESP.

ABSTRACT: This study aims at knowing mental patients life history by freeing their hopes, projects and possibilities either indoors or away from the psychiatric institution and based on the people knowledge of life, pondering over assistance to mental patients. By reading speeches reports, we have been revealed their quality of life BEFORE, DURING and AFTER the maddening process, considering that for AFTER, the reports presented another meaning, even when the *place* was materially the same *place of before* becoming ill. Due to the lack of choice and of meaning, they succeeded in living looking backwards to the past, which, in most cases, was also plenty of difficulties; however they had the essential: the role they played was socially accepted, they shared the social group and anticipated the time-to-come. The subject of this study exposed the use of astuteness and smartness to dribble the rules to which they are submitted. They reinvindicate the liberation of the identity, the relational, they wish to share life with the others and participate in the administration of their destiny, somehow. They also state that the *non-place*, is not only the psychiatric hospital but also the existing culture of mad-houses in the families, out-patient units, daily hospitals and hospital psychiatric wards. Undoing the mad-house, it will be necessary to revise culture or mental mad-house, in other words, to free our minds from rationality of jail. This is not only a process within Psychiatry; it crosses different dimensions: politics, law, social organizations, rules, disciplinary institutions, the collective imaginary.

KEYWORDS: Assistance to mental patients - Life history - Psychiatric nursing.

INTRODUÇÃO

Como interessada e comprometida nas questões que envolvem a assistência e o ensino da assistência ao doente mental, passei a acreditar que poderia contribuir, dando voz ao paciente para que pudesse se expressar sobre sua experiência de vida, e ajudar a repensar a instituição que o recebe, após sua exclusão pelo grupo social.

Para realizar este estudo, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- conhecer a história de vida de doentes mentais;
- resgatar suas expectativas, projetos e possibilidades dentro e/ou fora da instituição psiquiátrica e,
- refletir, com base na experiência de vida dos sujeitos, sobre a assistência ao doente mental em nosso meio.

A pesquisa foi realizada em um hospital psiquiátrico estatal, fechado, de internação total, no município de São Paulo, que recebe, preferentemente, pacientes na fase aguda da doença.

Do total dos internos, oito foram convidados a participar: sendo quatro homens e quatro mulheres, com idades variadas entre 25 e 57 anos, com uma, até cinco e com mais de 10 internações e diagnóstico médico diversificado. No momento das entrevistas, eles não deveriam estar em surto agudo da doença.

Para conhecer o processo da existência do doente mental, um meio utilizado nessa direção é a história de vida. Para reconstruir a história de vida das pessoas internadas utilizei entrevistas semi-estruturadas e observação participante e assistemática.

O primeiro passo rumo à análise foi destacar os personagens pelos quais os sujeitos se apresentavam. Circulei-os e reorganizei as histórias de vida.

Os sujeitos se apresentaram temporal e espacialmente. Para situar os sujeitos na linha da temporalidade, recortei o tempo verbal associado ao papel-personagem. O sujeito, tendo a linguagem como suporte, ordenou os acontecimentos qualificados de sua existência, situando-os para trás, no passado, ou para frente, estabelecendo-se o futuro a partir do seu relato no presente³.

Com o recorte do tempo verbal chegou-se às oposições que determinaram o traço temporal: -ANTES versus DEPOIS, sendo que o AGORA foi o demarcador entre os personagens, mantendo uma duplicidade que se imbrica no AGORA do processo do adoecer e no AGORA da intersubjetividade com o pesquisador, no momento da narrativa. A loucura não está, necessariamente, no tempo presente da exposição, mas fixa a ruptura no processo existencial, determinando o AGORA do adoecer.

A demarcação da espacialidade foi a busca do lugar ocupado pelos sujeitos, antes e depois do enlouquecimento. Os sujeitos não descreveram apenas mas avaliaram o seu existir temporal e espacial dando a qualidade da vivência. Para captar tal dimensão, recortei adjetivações ou expressões que determinassem a qualidade da experiência vivida pelo personagem, correlacionando também à temporalidade e à espacialidade.

Na etapa seguinte passei à leitura temática², ou seja, descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação dos sujeitos, o que originou temas carenciais: carência identitária, relacional, de autocontrole, de transcendência.

RESULTADO DA ANÁLISE

Após leitura e releitura das narrativas, as histórias de vida foram organizadas dentro de um eixo comum, seguindo a temporalidade manifesta.

Quando os sujeitos apresentaram-se no passado, colocaram-se numa perspectiva histórica, como um personagem participativo, relacional junto aos outros membros do grupo familiar e de outros grupos sociais. Sustentam na memória a vida com a família, com o trabalho e com o afeto.

O enlouquecimento inviabilizou o futuro e estas pessoas parecem sujeitar-se a um destino determinado. O percurso temporal dos discursos torna-se disfórico e vai mudando não só a espacialidade mas, especialmente, a qualidade da vivência, mesmo quando o lugar é o mesmo de antes. Estão presos a uma determinada situação, o adoecer, que os amarra e destrói sua liberdade de opções, escamoteia o desejo, o sonho, o projeto e eles sobrevivem

desamparados, solitários, diante da condição em que estão ou colocam-se submetidos. Mas eles insistem em sonhar, e se entristecem com a impossibilidade em realizar estes sonhos.

Com relação à espacialidade descrita pelos sujeitos, ANTES do enlouquecimento, o espaço circunscreve prioritariamente a casa, tanto a que viveram, como a da avó, ou o lugar de nascimento. Quando atingem idade de trabalhar, o local do trabalho substitui a casa como lugar de destaque, sendo citada a empresa, a loja, a fábrica, a roça, o banco. Como lugar de lazer foram mencionados o Parque do Ibirapuera, o de dançar, a praia. A escola e o colégio apareceram como preparatórios para o trabalho.

No DEPOIS das internações, o lugar que os entrevistados se atribuem, prioritariamente, é o hospital psiquiátrico. Além do hospital, surgem o hospital-dia, o ambulatório, a casa, a igreja, a rua como lugar de moradia e o "boteco e a lanchonete" para o alcoolista do grupo de sujeitos.

Para compreender o significado, expresso pelos sujeitos, da qualidade da vivência na espacialidade, tomei por apoio a leitura de *Augé*¹, que designa por lugar a um universo de sentido que tem como características comuns ser identitário, relacional e histórico. Identitário, porque tem uma identidade individual *como o lugar que eu nasci, a minha casa, o meu trabalho*; relacional, por ser local onde é possível compartilhar, participar; e histórico, a partir do momento em que conjuga identidade e relação. O lugar é, simultaneamente, princípio de sentido e de significado para aqueles que o habitam. Um espaço que não possui essas características será definido, portanto, como não-lugar onde nem a identidade, nem a relação, nem a história fazem sentido, e onde a solidão é sentida como superação ou esvaziamento da individualidade. Todos vivenciamos experiências de não-lugar em meios de transportes, aeroportos, **shoppings**, grandes supermercados.

Os lugares que os sujeitos relataram DEPOIS do enlouquecimento não são identitários, não propõem um lugar relacional, onde possam compartilhar, participar, e não são, dessa forma, históricos; por isso serão definidos como não-lugares, prometidos à individualidade solitária e à contemplação da paisagem, quando os discursos vão revelando relatos de não-lugares, onde o sentimento dominante é o de lugar de passagem, de tensão solitária, de isolamento, enfim lugares/ não-lugares ancorados num tempo de morrer.

O que os sujeitos demonstraram, ao remontarem seu cotidiano é que o lugar onde nasceram, moraram, estudaram, trabalharam é o lugar " *tempo de viver* ", do qual fala *Sawaia*⁹, não se confundindo o tempo de viver, com o viver bem, mas um tempo de convite à vida, mesmo que sofrida. Enlouqueceram, e deu-se a "passagem" do lugar para o não-lugar ou do tempo de viver ao " *tempo de morrer, que é caracterizado pela falta de recursos emocionais, de força para agir*

e pensar e pelo desânimo em relação à própria competência". E, no "tempo de morrer", para os sujeitos desse estudo, o espaço vivencial se transforma, e o lugar de viver passa a ter outro significado, mesmo que, materialmente, seja o mesmo. Vivenciam o não-lugar, aqui, não por opção, mas compulsoriamente.

Como se deu a passagem do lugar ao não-lugar ou do tempo de viver ao tempo de morrer?

A internação psiquiátrica foi a via de acesso ao não-lugar. A internação psiquiátrica é um acontecimento decisivo que leva a pessoa à assunção do papel prescrito. É um evento social estruturado que define a sua identidade, e a representação do louco será interiorizada pelo indivíduo. A fala destacada evidencia o sofrimento e o efeito estigmatizante do ingresso no hospital psiquiátrico, gerando o rompimento nas relações sociais.

*_ (...) foi um soco na minha cara, foi a sensação mais horrível que eu já tive.
(...) aquilo prá mim foi o fim do mundo... era como se eu nunca mais fosse sair lá de dentro.*

Ao saírem da primeira experiência, tentaram retornar aos lares, ao trabalho, e não conseguiram.

Foram sendo transformados em objeto estranho à vida e colocados nas *áreas de fundo*, nas enfermarias dos hospitais psiquiátricos, ou nos fundos das casas, ou passaram a vagar pelas ruas. Passam a ser hóspedes dos não-lugares, entendendo por não-lugar os locais ocupados pelo louco, e não apenas o hospital psiquiátrico; os que se comportam como não-loucos serão reenquadrados, para não se desviarem da instituição-loucura. O que nega a possibilidade de retorno ao lugar. Todos os personagens que representaram no passado ficam maculados pela loucura, passando a ser o filho-louco, o irmão-louco, o amigo-louco, o amante-louco, o trabalhador-louco.

A triangulação temporalidade, espacialidade e qualidade da vivência aponta os núcleos de sentido geradores do percurso existencial dos sujeitos, e foram agrupados em temas. A leitura temática é a leitura dos sujeitos carenciais e das im/possibilidades.

TEMA 1 - CARÊNCIA IDENTITÁRIA

A identidade se expressa sob a forma de personagens, de momentos da identidade⁵. Em nossa sociedade, o trabalhador é um componente privilegiado da identidade, onde o homem torna-se aquilo que faz. Os sujeitos apresentam-se como trabalhadores, mesmo quando o cenário, hospital psiquiátrico, o traje, o uniforme indicavam outro personagem: o doente mental.

Dado o valor social atribuído, o trabalho se tornou emblemático da carência identitária.

PERDA DA REPRESENTAÇÃO DO PERSONAGEM TRABALHADOR

As primeiras palavras gravadas de todas as narrativas traziam o personagem trabalhador como referente. O depoimento de Sueli foi destacado como exemplo. Ela iniciou sua história dizendo:

_...primeiro que eu tinha uma vida que eu gostava (...) trabalhava, era muito bom no trabalho...

No passado, buscaram qualificação profissional e estavam inseridos em setores econômicos produtivos com ocupações aceitas como dignificantes para os valores da classe social a que pertencem. Após o processo do enlouquecimento foram reduzidos à condição de aposentados por invalidez, encostados na caixa, mendigos, biscateiros ou a ajudante dos serviços domésticos.

Falaram que necessitam trabalhar, querem ter participação social, mas não o aceitam como proposta terapêutica. A fala de Sueli, ao discursar sobre sua experiência no hospital-dia, mostra claramente os seus sentimentos:

_ (...) excelente lugar o H.D., não prá mim que eu me conscientizei que meu horário das oito às cinco da tarde é horário de você trabalhar. É que lá tem essa disciplina, que prá mim tem o mesmo espírito de trabalho. (...) horário de trabalho é de trabalho...(...) quando eu chegava de noite em casa pensava: -o que foi que eu fiz hoje? Saí essa hora, fiquei o dia inteiro só no tratamento...(...) o duro de ir pro H.D. é pegar o ônibus com os trabalhadores e não ir pro trabalho, eles ficam p de vida e eu também ficava e me perguntava porque estou indo, prá onde e como eu estou indo? (...) aquilo me deixava angustiada, primeiro porque eu não estava acompanhando o pessoal pro trabalho, prá mim eu era uma intrusa no meio deles (...) eles não aceitavam esse hospital aí, eles achavam que prá eles eu era um pé no saco. Tá aqui e não vai pro serviço e vai pro H.D. ? Esse H.D. não vai dar nada prá ela, ela não é esse tipo. Chiiii! tá fora do álbum, eles falaram um dia prá mim... Eu era assim... meio marginalizada, estudei, trabalhei e agora não trabalhava mais...

Os sujeitos desta pesquisa ressentiram a perda do personagem-trabalhador, e lamentando-se, o trazem como projeto para o futuro, mas como projeto-ilusório gerador de grande frustração como na fala de um dos sujeitos:

_ (...) eu gostaria de voltar ao mercado de trabalho... vou lutar por isso...é, mas acho que não vai ser possível agora. O mercado de trabalho tá difícil, tô afastada, já tem o peso da idade... Perdi muito dos meus sonhos...crueldade...crueldade que eu quero dizer pelo fato de eu ter sido internada tanto tempo...porque aqui não tem vida, cadê a vida? Aqui a gente tá prá dar um tempo, passar uma chuva, como dizem...A vida é trabalho, a

vida é amizade, é afeto, aqui é uma interrupção, eu sinto... Olha, o que entrar é lucro, não dá prá sonhar... tá difícil.

TEMA 2 - CARÊNCIA RELACIONAL

O adoecer mental representa um rompimento no processo existencial da pessoa. Já isolada em seu mundo interior por estar usando código não compartilhado, é encaminhada para instituições onde privilegia-se a não relação e até porque o doente mental é tomado socialmente como quem deve estar à margem da sociedade.

Após terem vivenciado a experiência do enlouquecimento e das internações, mostram que vão excluindo-se e sendo excluídos dos papéis sociais que representaram na interação com os membros do grupo social primário, no trabalho e revelam-se, além de excluídos, extremamente solitários e com um grande sentimento de autodesvalorização.

Eles falaram da solidão no interior das instituições asilares:

_ (...) eu aqui fico andando sozinha por aí, prá lá, prá cá, prá ver se passa o tempo, né? Pensando na vida... (...) lá na enfermaria eu tenho amizade por todos e por ninguém... O mundo é meu amigo e ninguém é, é assim a vida, né?

As referências dos sujeitos que vivenciaram a experiência no hospital-dia evidenciam que as relações são, muitas vezes, negadas, exigindo uma apresentação estereotipada. Relatam as dificuldades acarretadas pela incompreensão dos seus sentimentos. A fala de um paciente será usada como exemplo:

_ (...) já no H.D. (...) você se sente muito desamparada, muito só, porque você não pode dizer que não está bem, que já pensam... Você tem que eternamente ficar com cara de que está tudo bem...

Nos depoimentos relacionados à casa vão narrando que em casa são tolerados, às vezes até de forma carinhosa, mas vivem isolados não compartilhando do grupo familiar.

Um dos sujeitos expõe o fenômeno da exclusão na vida familiar, demonstrando claramente que o manicômio não está apenas no hospital. Há uma cultura manicomial em todo lugar:

_ (...) Eles me mantêm em cárcere privado... (...) eu fico no quarto de empregada, eles fecham a porta da cozinha, a porta do salão e eu tenho acesso

só ao quintal. Ali eu fico, maior solidão... Quando eles saem eu fico ali, se viajam, eu fico ali trancado em cárcere privado... prefiro aqui que é cárcere coletivo... nem a rua eu posso ver que o muro é alto, na rua eu não tenho acesso nunca... Eles abrem a porta da cozinha só prá passar o prato e pronto... (...) sou eu que sei o que eu sinto, sou eu que sei quando aperta o nó da gravata...

O impacto da exclusão, no momento da internação, representa o marco da cristalização da identidade do louco. O lugar da internação é o hospital psiquiátrico, no entanto, os sujeitos mostraram que continuam sentindo a exclusão nos outros locais em que se encontram.

TEMA 3 - CARÊNCIA DE AUTOCONTROLE

Os sujeitos expuseram, em suas histórias, a importância do controle e do autocontrole e revelaram a necessidade de representar-se através de papéis sociais aceitos, e o papel de louco aparecia, geralmente pela negativa. O controle que exigem de si para aparentarem sanidade está diretamente relacionado à perda de liberdade de decidir sobre o seu comportamento. Assim, esses sujeitos não se dão mais crédito e buscam, no outro, a confirmação da sanidade. O hospital é o lugar do controle, onde se aprende o autocontrole e onde se tem a vida controlada.

Outro sujeito fala sobre a dificuldade em manter o autocontrole:

_ (...) é muito esforço, muito sofrimento... (...) manter o equilíbrio, o controle é muito difícil, a gente sofre muito, muito, você vive em função de manter o controle... (...) a doença não te permite viver, sabe?

O depoimento de uma paciente demonstra a concepção de que o hospital é o lugar de aprendizagem do controle:

_ (...) eu agora estou aqui aprendendo a me controlar, me educando, pensando nas coisas que eu faço que não são propícias... (...) dia de visita é dia de espera... fico com saudades, mas eu consigo contornar, que a gente tem que ir aprendendo a se educar... e eu sinto que sentir falta e ficar assim triste, até chorar é natural eu sentir, né?... que se eu percebesse que fosse assim... anormal, eu ficar triste, ah!, aí, eu mudava de canal na hora...

Os depoimentos vão expondo que eles não se sentem mais com segurança em agir com espontaneidade, como se não tivessem mais poder sobre si. Parecem declarar que alcançar a sanidade não é a eliminação dos sintomas da

doença mental, mas conseguir o controle deles e sentirem-se aceitos pelo grupo social.

TEMA 4 - CARÊNCIA DE TRANSCENDÊNCIA.

Os sujeitos, ao falarem sobre suas aspirações para o futuro⁶, se colocam no passado, no ANTES, quando ainda não tinham vivenciado o fenômeno do enlouquecimento. Com a loucura, o futuro tornou-se inviável e eles demonstram não ter mais condições de antecipar-se. Pareciam impossibilitados, após tentativas frustradas, de lutar por seus sonhos. O futuro vai se esvaecendo conforme aumentam o número de internações.

_ (...) eu queria arrumar um trabalho... Eu tenho um osso aqui no pálato que me causa ansia e me dá muita ansiedade e eu queria operar esse osso prá poder sentir menos ansiedade e prá trabalhar... se o pessoal do Ersa, da psiquiatria... eles poderiam entender a minha dificuldade e eu poderia ser escriturário, o que eles quisessem eu acho que eu conseguia... é que o pessoal não tem fé, né?

Como a existência ficou sem o sentido de vir-a-ser e não encontram mais o significado para os acontecimentos, como se ficassem cristalizados na identidade de louco, os sujeitos desejaram tragicamente, em alguns momentos, saltar para fora da vida e todos referiram que tentaram ou pensaram em suicídio.

Diante da falta de opções, da carência de sentido, conseguem sobreviver olhando para trás, para o passado, que na maior parte foi também de dificuldades, porém tinham o essencial: desempenhavam papéis aceitos socialmente, compartilhavam no grupo social e antecipavam-se no porvir. Por isso, têm mais reminiscência e sonhos ligados ao passado que projetos mas, como seres existenciais, não deixam de tê-los.

A ARTE DE DRIBLAR A ORDEM

Os sujeitos aparentam estar submetidos às relações com o mundo da loucura, e de passagem nestes espaços onde vivenciam uma solidão desconcertante. Têm desejos. Querem sobreviver. Referem querer trabalhar, amar, ter um lugar para morar, poder decidir sobre a própria vida, mas eles parecem ter a clara consciência das impossibilidades presentes. Mas como sujeitos de algum querer, devem usar algum recurso para transformar o não-lugar, re/inventar o lugar no não-lugar e manterem-se humanos.

Procurando analisar a utilização de alguns recursos pelos sujeitos deste estudo, para a re/composição do lugar, encontrei em *Certeau*⁴ a afirmação que na vida cotidiana utiliza-se de astúcia para compor a rede de uma antidisciplina contra a ordem estabelecida, em que as forças são desiguais e não permitem outro recurso senão a astúcia e esperteza para driblar esta ordem.

Os sujeitos articulam intervenções para mudar a ordem estabelecida, seja no campo da apropriação da linguagem, seja na rede das práticas sociais. As narrativas dos pacientes vão permitindo, nas entrelinhas, a leitura do interjogo das estratégias e das táticas que vão fazendo, sem saber, usando a esperteza, reinventando o cotidiano, e conseguindo sobreviver no não-sentido do não-lugar que lhes possibilita vivenciar o avesso da vida.

Apropriação na linguagem

Um exemplo encontrado nos discursos, na manipulação da linguagem que usam, é a utilização de recursos discursivos para fabricar a ilusão da verdade. Indeterminam o sujeito, criando o efeito de generalização, delegam o próprio eu ao outro, criando a ilusão de realidade. Várias vezes, nos discursos, os sujeitos falaram como se a história não fosse mais a sua, mas a do outro, neste estudo o pesquisador. E o outro (no caso, eu) se torna o louco e passa a vivenciar as amarguras do mundo da loucura:

_(...) você é um peso morto. (...) Eles davam insulina de madrugada, você suava que nem um cavalo, uma fraqueza, que você quase que desencarnava e aí quando você tava meio morto te davam glicose...

_ (...) você não tem direito... (...) você é tratada que nem se fosse um bicho (...) agora choque? Eles amarram você assim, prende bem, te enfia um pano na boca prá você não gritar, que eles não gostam de grito e lá vem! Ai meu Deus, você não tem prá quem implorar e só vendo a outra estribuchá que nem galinha morrendo e pronto! Chega a sua vez.

Com esta forma de linguagem, parece que os sujeitos procuram colocar o outro no seu lugar, marcando com isso maior proximidade, obrigando o outro da relação a sentir o quê é o seu sofrimento.

Além das intervenções no campo da linguagem, também foram encontradas intervenções nas práticas sociais.

Intervenções nas práticas sociais

Com relação às intervenções para mudar a ordem na rede das práticas sociais, *Certeau*⁴ compreende essas intervenções como uma ação calculada que opera golpe por golpe, lance por lance, aproveita a ocasião e dela depende, sem base para estocar benefícios, aumentar a propriedade e prever saídas. Enfim, o fraco, para tirar partido de forças que lhe são estranhas, usa a arte de dar golpes, pequenos sucessos, astúcias, simulações, como formas de reinventar o cotidiano e conseguir sobreviver.

Os sujeitos, ao se apresentarem preferentemente no tempo passado e encenarem como trabalhadores, representante da sanidade mental em nossa sociedade, parecem estar usando uma atividade tática na tentativa de compartilhar com o grupo social. Determinam, assim, a relação assumindo-se

como ex-trabalhador e não como louco, podem estar tentando redefinir a sua situação, numa tentativa de manipulação do estigma que acompanha o seu papel, mostrando que, no passado, foram socialmente pessoas competentes e úteis.

Outro exemplo de tática foi quando uma das pacientes, num gesto de busca de identidade, toma emprestado o espaço da parede, já escrita por outro paciente(outra tática), e deixa a sua marca, identificando-se. A inscrição na parede do sótão dizia: a liberdade é tudo na vida nem que para isso custe a sua própria felicidade. Ela acrescentou ao registro escrito: **também acho**.

Uma outra paciente, ao receber uma saia e uma blusa, usa-as sob o uniforme, reivindicando a sua individualidade. Parece querer mostrar a sua singularidade. Outra mantém sua enorme bolsa, que destoa do uniforme do hospital, mas a torna única neste ambiente massificado.

No depoimento, um dos sujeitos explicita um de seus "golpes":

_ (...) se eles dessem um café preto prá gente já era melhorar muito, ainda hoje eu tomei um café preto, escondido né? Tem uma moça que trabalha lá em cima e ela me deu o restinho da xícara, quando ela toma às vezes ela dá pra mim... adoro café preto...

Outra faz o relato de suas táticas:

_ (...) também não tem papel lá dentro, elas dá um pedaço, tem que pedi... Você tem que bater lá no vidro e pedi. Já vi mulher pegá faixa porque elas não entenderam e amarraram ela... Eu tenho papel que eu... sabe o que eu faço? Ó! (mostra vários pedaços de papel higiênico dentro de sua sacola plástica) já peço adiantado que eu não sou boba... (...) tenho meu copo, que eu sempre guardo o meu copinho, eu guardo meu copinho, assim ó, eu ponho no saquinho e amarro debaixo da cabeceira da cama... A enfermeira, se vê, tira tudo, mas é que ela nem percebe, tem tanta coisa, que ela nem percebe que a gente faz isso, tem umas coisas que a gente faz, assim como se diz debaixo do pano, né? (...) a minha calcinha, por exemplo, eu tomo banho de manhã, lavo a calcinha, depois eu torço bem torcidinha e visto... molhada em cima do corpo... prá ninguém pegá... Você vai dando um jeito, né, prá viver nesse horror...E eu ensino prá meninas mais nova, que não tem,prática...

Ao colocar o pronome "*meu copinho, minha calcinha*", ela proclama a posse, identifica-se com os seus objetos e assume ter controle sobre as suas coisas.

Sutilmente, o doente mental vai, na vida cotidiana, dando um jeito de modificar a ordem e resgatar o identitário e o relacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: ALGUMAS PISTAS PARA PENSAR A ASSISTÊNCIA

Ao narrarem suas histórias de vida, denunciam as condições de sobrevivência a que estão sujeitos. Eles reivindicam, através de seus discursos, que a vivência do lugar venha contrapor-se ao não-lugar, qualquer que seja este lugar: casa, trabalho, hospital, através do resgate do identitário, do relacional.

RESGATE DO IDENTITÁRIO.

Em suas falas, mostram a necessidade de serem reconhecidos, de se identificarem com os outros, mas têm dificuldade de aproximar-se de seu grupo de pares por não assumirem que pertencem ao grupo de loucos.

Uma paciente expõe a necessidade e a importância do identitário ao falar sobre a ajuda que faz junto à enfermagem:

_ (...) prá mim é o maior prazer ajudar elas... (a enfermagem) (...) aí elas falam: -ó Veralice vai lá e leva ela prá tomá banho! Ó, Veralice vem cá, ajuda aqui! Então eu tenho uma conduta boa, que elas gostam aqui dentro... e eu me sinto... nossa, me sinto lá em cima. Eu gosto de ser chamada assim, né? Quando eu escuto: Veralice, sou eu!

RESGATE DO RELACIONAL

Referiram, na narrativa da história de vida, a importância do relacional, pelo sentimento de sua ausência, pela negação da relação:

* O RELACIONAL NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Outra paciente mostra a negação de relação no hospital psiquiátrico:

_ (...) eu doida prá tomar um copo de leite, que eu tô grávida (...) eu falei: -ô enfermeira, me dá um copo de leite que meu estômago tava queimando, ô, tia, dá um copo de leite prá mim tomar. Ela fazia de conta que nem tava ouvindo, ela passava prá lá, passava prá cá, era mesmo que um cachorro tivesse latindo ali, sabe?

* O RELATO DO RELACIONAL NO HOSPITAL-DIA

As redes de assistências extra-hospitalares que objetivaram desmontar a assistência manicomial recebem a crítica de seus usuários que denunciam a rigidez no hospital-dia, que parece ter incorporado a prática das ações manicomiais. A fala de Sueli:

_ (...) o H.D. em si é ótimo. O maior problema do H.D. é o que acarreta essa disciplina deles... que eles não permitem atrasos, eu pensei em ir noutra horário, mas pode?

Os sujeitos reivindicam, ainda, participar das gestões sobre seu destino, mesmo que timidamente. Um dos sujeitos diz:

_ (...) acho que aqui eu vou viajar, tá? Seria bom se fosse com autogestão... em comunidade, onde a gente pode se sentar com os médicos, com os enfermeiros e decidir, em comunidade, o que será melhor, sem governo de cima prá baixo, não falei que ia viajar?

Outro entrevistado reivindica ter direitos:

_ (...) nós, vamos supor, eu, os outros, temos o direito de ter essas idéias... nós temos o direito de... Porque aí vocês podem melhorar do seu lado e nós do nosso, senão podem até prejudicar... As vezes tem coisa que acontece na enfermaria que vocês nem ficam sabendo...

Enfim, os sujeitos reivindicam a vivência do LUGAR, contrapondo ao NÃO-LUGAR que vivenciam hoje. No entanto, não basta tirá-los dos espaços hospitalares tradicionalmente manicomial, se a qualidade da relação, nos outros espaços não configurar como LUGAR. Em alguns momentos referiram-se ao hospital psiquiátrico, o tradicional manicômio, como LUGAR:

_ (...) aqui eu me sinto mais livre, mais solta, porque em casa o apartamento é pequeno e a gente anda, senta, anda, senta e eu me sinto ainda mais só ...

A voz dos sujeitos explicitou, especialmente, que o não-lugar não é apenas o hospital psiquiátrico, mas a cultura manicomial que habita as famílias, as salas de aula, as universidades, os hospitais-dia e as enfermarias psiquiátricas dos hospitais gerais.

Desconstruir o manicômio será, portanto, rever a cultura, ou o manicômio mental, ou seja, libertar o pensamento da racionalidade carcerária. Não se trata de um processo apenas no interior da psiquiatria, mas atravessa diferentes dimensões: da política, das leis, da organização social, das instituições disciplinares, enfim, do imaginário coletivo⁷.

Para encerrar essa apresentação com a voz dos sujeitos, selecionei este trecho da narrativa de um dos pacientes:

_ (...) a única coisa que a pessoa pensa aqui (...) é que isso daqui é uma cadeia e o maior desespero é aquela porta fechada, noite e dia. Se a porta ficasse aberta (...) sempre dá um ar de liberdade. Se a senhora reparar, o pessoal sai da cama e anda pra lá, pra cá, pra lá, pra cá que eu já contei vinte vezes. Dá volta, em volta das camas que é que você se sente preso. Se a porta tivesse aberta, ficava sentado tranquilo, né? Se eu quiser dar uma olhadinha lá, eu vou lá, volto, tranquilo, calmo. Agora, quando ele vê aquela porta lá, bate! Passa um, bate! Entra um mete o trinco, entra, bate! Toda hora a porta bate, é que nem uma gota d'água a noite inteira batendo, batendo...

Podemos concluir que se a porta foi feita para estar ali, fechada, ela deve ser usada, mas ativamente usada, para estar aberta, o que vai criar grandes problemas, e a gestão desses problemas será a possibilidade, o motor do processo, de iniciar a modificação na cultura dos atores em jogo.

A porta aberta é difícil de ser codificada porque ela não é uma definição, mas representa a reconstrução cultural, um movimento de produzir portas abertas. É uma dinâmica de trabalho, uma estratégia que requer flexibilidade e disponibilidade para as transformações e, especialmente, para se confrontar com a insistência das portas voltarem a ser fechadas⁸. Manter a porta aberta, um ato simples para os sujeitos que não vivem excluídos da participação social, demanda a coragem do primeiro passo, do abrir a primeira porta, de dar o primeiro golpe ou, ao menos, abri-la para a discussão nas universidades, nos hospitais. Implica numa atitude de denúncia, de não comunhão com posturas

estigmatizantes, visando diminuir as arbitrariedades cometidas no cotidiano das instituições que albergam a cultura manicomial. Abrir a porta em direção à construção de LUGARES implica em engajamento nas fileiras dos que clamam por transformações radicais, mas, para os enfermeiros que atuam nas áreas de fundo dos hospitais psiquiátricos, no H.D., nos fundos das enfermarias dos hospitais gerais, nos ambulatórios, implica, especialmente, na luta cotidiana; abrir portas implica em afeto, em solidariedade, em respeito na relação com a pessoa que foi diagnosticada como doente mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AUGE, M. *Não-lugares: Introdução a uma antropologia da supermodernidade*. Campinas, São Paulo: Papirus, 1994. 111 p.
2. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes, 1979. 225 p.
3. BARROS, D. L. P. *Teoria Semiótica do Texto*. São Paulo: Ática, 1990. 96 p.
4. CERTEAU, M. *A Invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 352p.
5. CIAMPA, A. C. *A estória de Severino e a história de Severina*. 4.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. 243 p.
6. MOFFATT, A. *Terapia da crise: Teoria temporal do psiquismo*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1983. 151p.
7. NICÁCIO, M. F. S. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. São Paulo, 1994. 155 p. (Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)
8. ROTELLI, F. & LEONARDIS, O. & MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países avançados" In: **NICACIO, F.** (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. pp 17-59.
9. SAWAIA, B. B. Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In **LANE, S. T. M. & SAWAIA, B.B. (org.)** *Novas veredas da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense-EDUC, 1995. pp 157-168.