

CÂMBIO FINAL: EXERCÍCIOS DE HISTÓRIA ORAL COM PACIENTES PORTADORES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO INTERNADOS NO CENTRO AGRÍCOLA DE REABILITAÇÃO EM VIAMÃO/RS.

Final change: exercises of oral history with patients affected by
psychic suffering at Centro Agrícola de Reabilitação - Viamão/RS.

Viviane Trindade Borges¹

Resumo:

Meu objetivo neste trabalho é analisar duas entrevistas com pacientes portadores de sofrimento psíquico, moradores do antigo Centro Agrícola de Reabilitação localizado no Hospital Colônia Itapuã (Viamão/RS). Para tanto, optei por uma abordagem voltada para a formação das narrativas e as maneiras como estas se constituem em memórias. Neste sentido, o processo de relembrar foi percebido "como um meio de explorar significados subjetivos da experiência vivida" (THOMSON et al., 2002, p. 67).

Palavras chave:

Narrativa, memória, história oral.

Lista de Abreviaturas

AHRS – Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul

CEDOPE/HCI – Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital Colônia Itapuã.

CAR – Centro Agrícola de Reabilitação

CRDMC – Centro de Reabilitação para Doentes Mentais Crônicos

HCI – Hospital Colônia Itapuã

HPSP – Hospital Psiquiátrico São Pedro

UIH – Unidade de Internação Hanseniana

UIP – Unidade de Internação Psiquiátrica

¹ Doutoranda do PPG em História da UFRGS, orientanda do Prof. Dr. Benito Schmidt.

Centro Agrícola de Reabilitação: um breve histórico

É difícil pensar sobre o CAR² sem se questionar a respeito do papel inicial conferido ao HCI³, do momento de sua fundação em 1940 até meados da década de 1950 - abrigar indivíduos portadores do mal de Hansen. O HCI se insere em um contexto no qual as políticas em saúde pública visavam à exclusão social de portadores de doenças contagiosas como a Tuberculose e a Hanseníase, como já vinha acontecendo com portadores de sofrimento psíquico. Sendo assim, o Hospital possuía o objetivo de segregar pacientes hansenianos do convívio social, confinando-os em um local longe dos centros urbanos.

A área escolhida para a implantação do Hospital foi a antiga Fazenda Santa Clara, adquirida pela Sociedade Beneficente Leprosário Rio Grandense, com o apoio do Governo do Estado do Rio Grande do Sul e do Governo Federal, localizada em Itapuã, Município de Viamão/RS. Ao retirar estes indivíduos da sociedade exterior cumpria-se um duplo objetivo: evitar a propagação da doença e preservar a frágil aparência saudável da sociedade.

A criação do Hospital Colônia Itapuã atendeu a uma política nacional de controle e prevenção da lepra implantada nas primeiras décadas do século XX e que viabiliza a construção de diversos leprosários, com características similares, em vários estados do país. Desde o início, o Hospital contou com o trabalho voluntário de irmãs Franciscanas de Penitência e Caridade Cristã, para as quais mais tarde foi instalada uma residência. Os portadores do Mal de Hansen eram localizados pelo Serviço de Profilaxia da Lepra, ao qual cabia identificar e providenciar a internação dos casos em que houvesse risco de contágio (BARCELOS, *et al*, 1999-2000).

Com o avanço no tratamento da doença e a diminuição da incidência desta no Rio Grande do Sul no final da década de 50, não se fazia mais necessário o internamento compulsório e, conseqüentemente, os pacientes poderiam voltar a seus locais de origem. Isto levou a uma diminuição no número de internados, que

² A respeito do Centro Agrícola de Reabilitação (CAR), ver: BARCELOS e BORGES (1999-2000), BORGES (2002).

³ Sobre o Hospital Colônia Itapuã, ver: SERRES (2004), QUEVEDO (2005) e PROENÇA (2005). Outro trabalho sobre a instituição está sendo desenvolvido no Doutorado em História da UNISINOS, por Juliane Serres.

passou de 700 para 340 em 1960, tornando-se necessário repensar sobre as finalidades daquele espaço, agora ocioso.

Um dos problemas encontrados pelos pacientes hansenianos foi a dificuldade de reintegração social, conforme salienta Serres:

A dificuldade da reintegração social foi algo que acompanhou os doentes, não apenas quando a doença deixava alguma seqüela física, mas quando – como no caso da maioria dos entrevistados pela pesquisa – a reintegração passava por omitir (ou mentir?) o passado, principalmente quando vivido no Leprosário. Como preencher a lacuna dos anos em que se viveu fora da sociedade? A solução encontrada por muitos foi fixar residência em locais distantes de suas antigas comunidades (SERRES, 2004, p. 166).

Os que não conseguiram se reintegrar à sociedade exterior acabaram retornando para o Hospital Colônia, juntando-se àqueles que não ousaram sair de lá. Todo este caráter segregador é reforçado com o início do funcionamento do projeto Centro de Reabilitação para Doentes Mentais Crônicos, como era denominado inicialmente o CAR.

Este último é fundado em 1972 atendendo a nova proposta de setorização, ou seja, à criação de serviços de saúde mental por região e por área geográfica. Tal proposta possuía o objetivo central de reduzir o número de pacientes internados no HPSP. A idéia era reabilitar estes pacientes para que retornassem às suas comunidades de origem. O CAR foi criado com o objetivo de facilitar a reintegração de alguns pacientes do sexo masculino e de origem rural e visava resgatar seus vínculos sociais anteriores à internação.

A transferência de pacientes portadores de sofrimento psíquico provocou uma reorganização interna da comunidade hanseniana: “o espaço físico é reordenado, uma série de pavilhões são desocupados para abrigar os novos pacientes e uma cerca é construída, agora dividindo pacientes hansenianos e pacientes psiquiátricos” (BARCELOS *et al*, 1999-2000, p. 152). Isso se refletiu no comportamento dos pacientes da UIH, que, segundo o documento intitulado “Histórico do CAR” (1991), “rechaçaram frontalmente a idéia de levarem loucos para lá”.

Através do depoimento dos pacientes hansenianos também é possível perceber que os novos personagens não eram bem vindos neste espaço:

“Houve reação do pessoal que já estava aqui contra esses mental... mas depois se davam bem” (L.A.S, 2001).

“...eles chegaram e tomaram conta do que era nosso. Isso aí já deu revolta em muitas pessoas por causa disso... eu acho que eles não têm direito de chegar e agarrar as nossas coisa, nós tinha essa mesa de ping-pong, agora tá lá no CAR” (E.N., 2001).

Esta reação dos pacientes hansenianos em aceitar os novos moradores é perfeitamente compreensível se pensarmos que estes procuraram reproduzir a sociedade que os excluiu, fazendo do HCI o seu local de moradia. A ocupação de seu espaço por outros doentes provocou indignação, pois, na medida em que estes não conseguiram se reintegrar à sociedade exterior, passaram a ver o HCI como propriedade sua e trazer estes novos pacientes seria expropriar o que lhes pertencia.

No caso dos pacientes da UIP, um aspecto interessante que perpassa diferentes falas do grupo é a visão a respeito da prevenção em relação a hanseníase, que pode ser percebida através destes trechos:

“Eles diziam que tinha os leprosos do outro lado, mas a cerca eu acho que era para nós não sair” (J., 2001).

“Eles diziam que lá não podia ir porque era o leprosário, não pertencia a nós, mas acho que a tela existia para ninguém sair” (M., 2001).

A questão da tela colocada para dividir o espaço entre “loucos” e “leprosos”, é vista pelos pacientes do antigo CAR como mais uma forma institucional de manter o isolamento. Os dirigentes criaram esta separação para protegê-los, porém, na visão destes, era para contê-los, para impedir seu livre deslocamento. Para compreender a percepção dos pacientes deve-se considerar que se tratam de indivíduos marcados por longos anos de confinamento em instituições “totais”, lugares onde a tendência ao fechamento, ou seja, as limitações em relação ao contato com a sociedade exterior, são simbolizadas por “proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos” (GOFFMAN, 1999, p. 16).

A partir de 1982 os objetivos do Projeto CAR sofreram algumas alterações que podem ser relacionadas a uma série de propostas de mudanças no modelo de assistência asilar, como a restrição de internações a casos estritamente necessários e a implantação de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais (DIAS, 1997, p. 49). Estas modificações visavam não mais

concentrar nas instituições asilares a cura do indivíduo, tirando parte do poder que estas exerciam.

O Projeto CAR procurou se diferenciar das colônias agrícolas anteriores⁴, entre outras razões, por privilegiar aspectos culturais dos pacientes, como o trabalho ligado a atividades agrícolas e as rodas de chimarrão. Porém sua mudança de objetivos no final da década de 1980 acabou por utilizar processos de individualização para marcar exclusões, ou seja, a terapêutica inicialmente voltada à reabilitação retornou à forma de assistência asilar adotada no HPSP na medida em que os pacientes que permanecem no Centro Agrícola foram tachados de inaptos à reabilitação. Desta forma, o CAR⁵ atualmente denomina-se UIP, não recebe mais nenhum paciente, nem possibilita altas, iguala-se as demais instituições asilares das quais procurou se diferenciar.

Os diferentes momentos da história da instituição “escorrem por entre a trama das falas” (ORLANDI, 2002, p. 34) dos pacientes, ajudando a compor os quadros sociais da memória (BOSI, 1998, p. 54), pelos quais estes se definem enquanto sujeitos. Torna-se necessário, portanto, refletir a respeito de alguns aspectos teóricos sobre a questão da memória.

Memória: (re) construindo significados

A questão da memória pode ser inserida no campo das sensibilidades pois está ligada à experiência de vida dos indivíduos. Reconstruir estas sensibilidades através da história oral sugere uma tentativa de presentificar o passado, fazendo com que este retorne enquanto discurso. “Trabalhar com as sensibilidades de um outro tempo ou de um outro no tempo”⁶, implica uma tentativa de traduzir a realidade objetiva através de emoções e sentimentos, ou seja, a

⁴ Houve duas colônias agrícolas anteriores ao CAR: a primeira, fundada em 1917, denominava-se Colônia Jacuhy; a segunda, fundada em 1949, denominava-se Colônia Jacinto Moreira (GODOY, 1955).

⁵ Conforme o documento “Histórico do CAR” (1991), no início da década de 1990 o CAR passou a se chamar UIP – Unidade de Internação Psiquiátrica, pertencendo agora, não mais ao HPSP, mas ao HCI.

⁶ Esta idéia de trabalhar a sensibilidade de um outro no tempo, ou de outro tempo, esteve presente na fala da professora Sandra Pesavento, em sua aula do dia 06/04/04, no Seminário “Cultura e Representações” do Programa de Pós-Graduação em História da UFRGS.

sensibilidade é uma forma de sentir a realidade. O estudo das sensibilidades leva o pesquisador muito além do explícito, pois conduz à necessidade de se considerar as insinuações, os silêncios, enfim “os recursos metafóricos da linguagem, das dimensões implícitas no jogo do social” (PESAVENTO, 2001, p. 223). Somente através da experiência individual dos sujeitos históricos tem-se a possibilidade de perceber a subjetividade revelada através de sentimentos, desejos e idéias.

Segundo Halbwachs, as lembranças são reconstruções do passado com o auxílio de dados inseridos no presente, “e, além disso, preparadas por outras reconstruções feitas em épocas anteriores e de onde a imagem de outrora manifestou-se já bem alterada”. As recordações sofrem alterações, pois se juntam a outras experiências e são mutáveis pois o papel social dos indivíduos muda ao longo de sua existência, redefinindo as lembranças a respeito de seu passado. São, portanto, “quadros sociais da memória”, ou seja, o sujeito e sua realidade interpessoal das instituições sociais (HALBWACHS, 1990, p.71-74).

Para Halbwachs (1990, p. 74), os indivíduos se definem de acordo com os grupos sociais dos quais fazem parte. A mudança de grupo em diferentes períodos da vida implica modificações a respeito do ponto de vista em relação ao próprio passado. Segundo o autor, a memória somente possui sentido quando relacionada ao grupo social do qual o sujeito pertence. Nesta perspectiva, é quase improvável identificar lembranças que não remetam ao meio social, recordações do período em que ainda não se é um “ente social” (HALBWACHS, p. 13 e 38).

No que se refere à memória de grupos, destacam-se as recordações de fatos e experiências vividas pela maioria dos membros, resultantes de suas próprias vidas e de suas relações com outros grupos. As lembranças pertencentes ao número mais reduzido de indivíduos do grupo, ou por apenas um sujeito, são conferidas a um último plano. O contato entre diferentes grupos pode ocorrer de forma prolongada, originando acontecimentos e novas informações a respeito deste (HALBWACHS, 1990, p. 45 e 46).

De acordo com Halbwachs (1990, p. 47), em muitas ocasiões, o grupo do qual se faz parte é responsável por inspirar idéias, sentimentos, paixões, as quais o sujeito julga emanar de si mesmo. Neste sentido, o indivíduo é um eco de seu grupo social. Embora

muitas vezes aderindo espontaneamente a opiniões de outros grupos, as decisões não são tomadas livremente. Para o autor (1990, p. 48), “é assim que a maioria das influências sociais que obedecemos com mais freqüência nos passam despercebidas”; percebê-las é um exercício complexo, pois são numerosas e entrecruzadas.

As lembranças podem ser divididas entre as que conseguem ser evocadas com facilidade quando desejado, e aquelas mais difíceis de rememorar, que fogem ao simples ato de querer lembrar. Para o autor:

Por mais estranho e paradoxal que isto possa parecer, as lembranças que nos são mais difíceis de evocar são aquelas que não concernem a não ser a nós, que constituem nosso bem mais exclusivo, como se elas não pudessem escapar aos outros senão na condição de escapar também a nós próprios (1990, p. 49).

As lembranças evocadas mais facilmente são aquelas conservadas nos grupos sociais, acessíveis sempre que desejado, pois o indivíduo pode adentrar no pensamento coletivo do meio do qual faz parte. Memórias lembradas com maior dificuldade estão relacionadas ao fato de os grupos que trariam tais lembranças estarem afastados do sujeito, que estabelece contato com estes apenas de modo intermitente.

A respeito da memória coletiva, esta deve sua duração ao suporte de vários sujeitos, os quais possuem suas lembranças enquanto membros de um grupo. Para Halbwachs: “Diríamos voluntariamente que cada memória individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva, que este ponto de vista muda conforme o lugar que ali eu ocupo, e que este lugar mesmo muda segundo as relações que mantenho com outros meios” (1990, p. 51). Assim, as diferentes lembranças, mesmo as de caráter estritamente pessoal, possuem sua explicação ligada às transformações nos diversos meios sociais, tomados em parte e em sua totalidade. Cada indivíduo está inserido em diferentes grupos ao mesmo tempo, e é no interior destes que se originam as memórias coletivas, as quais segundo o autor, “mantêm por algum tempo a lembrança de acontecimentos que não têm importância senão para elas, mas que interessam tanto mais que seus membros, são pouco numerosos” (HALBWACHS, 1990, p. 79). Portanto, lembranças pessoais remetem a uma multiplicidade de recordações de onde estas se formam. Contudo, é impossível que duas pessoas que presenciaram

o mesmo fato, ao narrá-lo algum tempo depois, o façam de forma idêntica.

Ele propõe ainda uma tentativa de aproximar a memória coletiva e a memória individual, não sendo suficiente, para que as lembranças individuais se beneficiem das coletivas, apenas seus testemunhos:

dentro desse conjunto de depoimentos exteriores a nós, é preciso trazer como que uma semente de rememoração, para que ele se transforme em uma massa consistente de lembranças. Se, ao contrário, essa cena parece não ter deixado, como se diz, nenhum traço em nossa memória, isto é, se na ausência dessas testemunhas nós nos sentimos inteiramente incapazes de lhe reconstruir uma parte qualquer; aqueles que não a descrevem poderão fazer-nos um quadro vivo dela, mas isso não será jamais uma lembrança. (HALBWACHS, 1990, p. 28)

Segundo Pollak, o caráter problemático inerente à memória coletiva prevê uma mudança de enfoque nos trabalhos atuais a respeito do tema: não se trata mais de perceber os fatos sociais como coisas, e sim de analisar de que forma estes se tornam coisas: “como e por quem eles são solidificados e dotados de duração e estabilidade” (POLLAK, 1989). Esta nova abordagem conferida à memória coletiva vai voltar-se para os processos e sujeitos que atuam na constituição e formação das memórias. Têm-se ressaltado, através da história oral, o que o autor chama de “memórias subterrâneas”, privilegiando a inclusão dos excluídos, dos marginalizados e das minorias sociais no cenário historiográfico.

Perceber diferenças entre conjunturas favoráveis e desfavoráveis a respeito das memórias de indivíduos ou grupos estigmatizados é legitimar o quanto o presente influencia o passado. Pollak salienta ainda que grandes convulsões internas sempre remetem ao presente, e acabam “deformando e reinterpretando o passado” (POLLAK, 1989). Segundo Bosi, na maioria das situações, “lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, repensar, com imagens e idéias de hoje, as experiências do passado” (BOSI, 1998, p. 55). Tal processo ocorre de modo diferente no inconsciente de cada sujeito, utilizando-se das situações do presente para reconstruir o passado.

A memória atua no presente para representar o passado, não é uma reprodução do passado em sim uma interpretação. Desta forma, as fontes orais não podem ter sua credibilidade avaliada devido à existência de memórias defeituosas, pois a memória “não é

um registro fotográfico da experiência”. As impressões a respeito do passado encontram-se perpassadas por silêncios, erros e contradições. Para a autora isto não significa que a memória não seja confiável enquanto fonte histórica e sim que engloba a tensão da experiência humana.

Concordo ainda com Pollak (1989) quando este afirma que, em vários momentos de seu texto, Halbwachs (1990) insinua o caráter seletivo da memória. Para Izquierdo⁷ (2004, p. 54) a memória seleciona com muita precisão o que deve ser guardado e o que deve ser descartado. Neste sentido, a memória depende também do interesse do sujeito, uma lembrança terá características mais precisas quando corresponder “a um interesse e necessidade social” (THOMPSON, 1998, p. 153).

Pollak (1989) volta-se ainda a uma análise da função dos “não ditos”, que seriam zonas de sombra, de silêncios. A fronteira entre estes, o esquecimento definitivo e aquilo que é conscientemente reprimido está em constante deslocamento. Segundo o autor, estes silêncios originam-se da “angústia de não encontrar uma escuta, de ser punido por aquilo que se diz, ou, ao menos, de se expor a mal-entendidos” (POLLAK, 1989). Consiste, portanto, na tênue linha entre aquilo que o indivíduo pode confessar a si mesmo e aquilo que pode transmitir para a exterioridade.

A fronteira entre o dizível e os indizível, o confessável e o inconfessável, separa, em nossos exemplos, uma memória coletiva subterrânea da sociedade civil dominada ou de grupos específicos, de uma memória coletiva organizada que resume a imagem que uma sociedade majoritária ou o Estado desejam passar e impor (POLLAK, 1989).

O silêncio, ou o “não dito”, não pode ser observado facilmente, ele está inserido na teia das palavras, segundo Orlandi: “o silêncio não está disponível à visibilidade, não é diretamente observável. Ele passa pelas palavras. Não dura. Só é possível observá-lo de modo fugaz” (ORLANDI, 2002, p. 34 e 36). Pode provocar inquietação que se reflete em perguntas do tipo: “por que você está quieto?” São tentativas de fazer o silêncio falar. Porém, segundo a autora, o silêncio não fala, ele significa. Desta forma ele

⁷ Iván Izquierdo é Doutor em Medicina, professor titular de Bioquímica na UFRGS e professor honorário da Universidade de Buenos Aires.

não pode ser definido apenas de forma negativa, como sendo o que a linguagem não é, e sim “em sua relação constitutiva como significação (o que ele é)”. Conforme Orlandi, existem diferentes tipos de silêncio: “das emoções, o místico, o da contemplação, o da introspecção, o da revolta, o da resistência, o da disciplina, o do exercício do poder, o da derrota da vontade etc” (ORLANDI, 2002, p. 44).

Assim, os não ditos, segundo Pollak, raramente são derivados de reais esquecimentos, e sim de uma reflexão a respeito da utilidade daquilo que será transmitido sobre o passado: “Na ausência de toda possibilidade de se fazer compreender, o silêncio sobre si próprio – diferente do esquecimento – pode mesmo ser uma condição necessária (presumida ou real) para a manutenção da comunicação com o meio” (POLLAK, 1989).

A idéia do “circuito” proposta por Goffman pode estar presente no significado destes não ditos. Na sociedade exterior quando somos obrigados a aceitar circunstâncias e ordens as quais não concordamos, temos como recurso certa margem de expressão que permite expressar essa contrariedade: mau humor, palavrões, resmungos, etc. Desta forma, “a obediência tende a estar associada a uma atitude manifesta que não está sujeita ao mesmo grau de pressão para a obediência” (GOFFMAN, 1999, p. 40 e 41). Dentro do espaço institucional, quando este tipo de resposta ocorre, pode servir de base para que o internado seja castigado, ou mesmo para comprovar algum tipo de comportamento patológico. Cria-se, um circuito, onde a reação do indivíduo a sua situação o leva de volta a situação. Portanto, o silêncio pode servir como uma forma de proteção. Logo, porque o paciente deve falar se o que é dito pode ser usado contra ele próprio?

Em relação à memória de pessoas idosas, a obra de Bosi (1998, p. 60) é muito esclarecedora. Segundo a autora, o velho, quando se ocupa do passado, o faz de forma diferente de um adulto jovem, que ao recordar não se liberta de suas tarefas cotidianas, não conseguindo se entregar descansadamente às recordações do passado. O velho procura precisar suas lembranças através de registros, do contato com outros velhos, enfim, se interessa mais pelo passado que os jovens. Isso não significa que as pessoas idosas sejam mais aptas a lembrar de coisas do passado do que os adultos. Nesta perspectiva, quando o indivíduo, devido à idade, perde sua função social produtiva e sua tarefa passa a ser a de

lembrar, disto resulta o único prestígio destinado ao idoso em nossa sociedade.

Contudo, muitos pesquisadores ainda colocam em dúvida a autenticidade da memória de longo prazo. Segundo Schwarztein: “suspeitam que com o passar do tempo a memória deteriora-se e, portanto torna-se menos confiável” (2001, p. 74 e 75). Para a autora, não tem-se acesso a memória e sim as recordações dos indivíduos, que constituem-se em uma reelaboração do que realmente ocorreu, conforme as circunstâncias do presente. Nesta perspectiva, a autora coloca que o interessante nos depoimentos não são as situações ocorridas no passado e sim o modo como as memórias foram “construídas e reconstruídas como parte de uma consciência contemporânea” (2001, p. 74 e 75).

Segundo Thompson, a memória começa a sofrer um processo de declínio por volta dos 30 anos, o qual prossegue de forma muito lenta. Desta forma: “o problema do poder da memória não é muito mais grave para entrevistas com pessoas idosas gozando de boa saúde do que com adultos mais jovens” (THOMPSON, 1998, p. 156 e 157). Portanto, entrevistas com pessoas idosas não implicam questões metodológicas que se diferenciem das demais entrevistas.

A história oral traz aos pesquisadores elementos para compreender as maneiras de recordar dos indivíduos, permitindo analisar a construção de suas memórias (SCHWARZSTEIN, 2001, p. 73). Atendendo os objetivos deste trabalho, tratarei de analisar alguns aspectos teóricos a respeito da história oral.

História oral: a subjetividade escorre por entre a trama das falas⁸

A primeira vez que entrei no HPSP para pegar o ônibus que leva funcionários e estagiários ao HCl, lembro-me que era uma manhã fria e os pacientes, pouco agasalhados, perambulavam, de pés descalços e sujos, no imenso pátio coberto pela geada. Todos estes personagens pediam algo (cigarro, dinheiro ou mesmo dia da semana, e as horas) e estendiam a mão para cumprimentar. Diante de tudo isso, eu me questionava: “Dou dinheiro? Pego na mão e cumprimento? Devo ignorá-los? Como devo agir?”. O Hospital

⁸ Orlandi (2002, p. 34) usa esta frase para referir-se ao silêncio: “Ele [o silêncio] escorre por entre a trama das falas”, creio que no caso da história oral, é a subjetividade quem faz este caminho por entre as falas.

Colônia, conforme colocado anteriormente, abriga pacientes que foram portadores de Hanseníase, os quais não conseguiram se reintegrar ao convívio social e hoje podem ser chamados de “pacientes-moradores” da instituição. Há também os pacientes do antigo CAR, que não conseguiram se reabilitar e hoje residem na UIP. Em meu estágio, tive a oportunidade de entrevistar estes dois tipos de internados, igualmente estigmatizados⁹, com vidas marcadas por anos de internação. Durante os dois anos e seis meses em que estagiei no CEDOPE/HCI¹⁰ as perguntas que me coloquei naquele primeiro momento no HPSP ganharam possíveis respostas: deve-se apenas respeitá-los e não rotulá-los *a priori* como um grupo homogêneo, suas diferentes sensibilidades e subjetividades se revelam em seus depoimentos e na própria documentação da instituição.

O trabalho de história oral com pacientes portadores de sofrimento psíquico teve início já em minha primeira semana de estágio. Este primeiro contato deu-se em virtude da necessidade de coletar depoimentos que revelassem as percepções de tais indivíduos sobre o Hospital, visando a montagem de uma exposição comemorativa dos 60 anos da instituição. Desde então meu interesse voltou-se para o universo da desrazão, repleto de silêncios, sentimentos e significados.

A história oral, neste contexto de exclusão, torna-se importante, pois permite obter e desenvolver conhecimentos novos e fundamentar análises históricas com base na criação de fontes inéditas ou novas (LOZANO, 2002, p. 20). Neste trabalho serão analisadas duas entrevistas com pacientes da UIP, antigo CAR, editadas em sua forma integral, além de trechos das demais. Estas entrevistas foram realizadas com o apoio do setor de psicologia do HCI. Foi privilegiada a escolha de pacientes transferidos para o CAR nos anos 70, que apresentassem melhores condições físicas e psicológicas, não apenas em virtude de suas patologias mas também devido à idade avançada, de narrarem suas trajetórias.

Existe uma série de dificuldades no que se refere ao trabalho de história oral com pacientes psiquiátricos. Uma delas é a ausência

⁹ Sobre Estigma ver a obra *Estigma*: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. (GOFFMAN, 1988).

¹⁰ De março de 2000 a setembro de 2002. Estágio vinculado à Fundação de Recursos Humanos do Rio Grande do Sul. A respeito do CEDPE/HCI ver (BORGES *et al*, 2003).

de bibliografia a respeito do tema, além disso, os limites impostos pela própria instituição não permitem que o pesquisador entreviste quem desejar. Além das questões éticas, que estabelecem o sigilo em relação ao nome dos entrevistados, tais depoimentos podem envolver riscos, tanto para pacientes, quanto para o entrevistador. O segundo pode sofrer algum tipo de agressão física por parte do internado que se sinta importunado por falar de determinado assunto e desta forma torna-se necessário que o setor de psicologia auxilie na seleção dos depoentes.

Esta tentativa do historiador de fazer com que o indivíduo rememore seu passado, em determinados casos, pode trazer resultados gratificantes apenas para a pesquisa e prejudiciais ao entrevistado. Segundo Thomson, “ao contrário do terapeuta, os historiadores orais podem não estar por perto para juntar os pedaços da memória que foi desmantelada e que já não é mais segura” (THOMSON *et al.*, 2002, p. 70). Neste sentido, apesar de empregar todos os cuidados e agir com muito tato e sensibilidade, e principalmente por serem os entrevistados desta pesquisa pessoas que viveram situações traumáticas repletas de rupturas, abandono, solidão e descaso, enfim pacientes portadores de sofrimento psíquico, o amparo do setor de psicologia foi fundamental. Foram os psicólogos, psiquiatras e enfermeiros que trabalham na UIP que sugeriram quais os pacientes que poderiam ser entrevistados sem serem prejudicados de alguma forma por lembrarem seu passado e que não apresentassem risco ao entrevistador. Através da história oral, pretende-se analisar a experiência de vida dos entrevistados: as “distorções” da memória, as mudanças súbitas de assunto e os silêncios serão considerados como dados que enriquecem a pesquisa (BENJAMIN, 1994, p. 269).

No que se refere a memórias traumáticas, Schwarztein (2001, p. 77) esclarece que não é suficiente sobreviver fisicamente para que o trauma possa ser deixado para trás. Testemunhos de recordações traumáticas revelam a complexidade da construção da memória e a dificuldade de conviver com as lembranças do passado. A autora coloca que muitas vezes o pesquisador não pode ter acesso a experiências traumáticas, sejam elas do passado ou do presente, pois é impossível para o entrevistado rememorá-las. Este tipo de memória traz desafios particulares ao pesquisador, pois os relatos podem conter maior quantidade de elementos imaginários, fragmentados ou desarticulados, tornando o processo de recordar

mais complexo, exigindo como solução “altas doses de imaginação” (SCHWARZTEIN, 2001, p. 80 e 82) para a realização da pesquisa.

Segundo Schwarztein, a única maneira de transformar a memória em história é através da reflexão a respeito da natureza dos testemunhos. Desta forma, não basta recuperar a memória e transmiti-la, e sim analisar os diferentes depoimentos para poder incorporá-los a narrativa histórica. Torna-se necessário entender os “mecanismos através dos quais os testemunhos se constroem e se constituem”. (2001, p. 79)

Conforme sugeria o primeiro nome do Centro, CRDMC, Centro de Reabilitação para Doentes Mentais Crônicos, foram selecionados pacientes cuja patologia os definia como esquizofrênicos crônicos. Segundo Izquierdo (2004, p. 68), a maioria das doenças crônicas pode alterar a memória; porém outros estados emocionais como a ansiedade e o estresse também tendem a atuar nesse sentido. Conforme o autor, “de todas essas, a ansiedade pronunciada ou o estresse e, principalmente a depressão são as mais prejudiciais” (IZQUIERDO, 2004, p. 68). Doenças crônicas, que impliquem um período de internação prolongado, podem ser acompanhadas de um quadro psicológico delicado envolvendo ansiedade e depressão, refletindo-se no funcionamento da memória. Contudo, não se deve julgar a validade de um depoimento pela patologia do entrevistado. Se considerarmos que o estresse e a ansiedade comprometem uma entrevista, o trabalho de história oral se reduziria a poucos levando-se em conta a banalidade destas duas “patologias” em nossa sociedade. A título de exemplo, o autor cita a docência em nível fundamental e médio, e o trabalho com doentes mentais geriátricos, como atividades que podem levar à ansiedade e ao estresse (IZQUIERDO, 2004, p. 72).

No caso de pacientes psiquiátricos, a documentação escrita limita-se ao caráter institucional, onde a subjetividade é pouco, ou nada, vislumbrada. Desta forma, somente através da história oral pode-se captar histórias de vida sobre o prisma dos próprios protagonistas. Segundo Paul Thompson, a evidência oral torna a história mais rica na medida em que transforma objetos de estudo em sujeitos, “contribui para uma história que não é só mais rica, mais viva e mais comovente, mas também mais verdadeira” (grifos do autor). Para o autor a proximidade do pesquisador com o depoente contribui para que não ocorram “descrições defeituosas, projeções da experiência e da imaginação do próprio historiador:

uma forma erudita de ficção” (THOMPSON, 1998, p. 136).

A respeito da história oral, a atitude de diversos pesquisadores ainda é muito destrutiva, pois parte-se para a entrevista já sabendo o que o depoente deve narrar e o que é importante à pesquisa (ROSENTHAL, 2002, p. 196). Desta forma, retira-se o caráter espontâneo do depoimento e se impossibilita à criação de uma narrativa segundo a construção da memória do próprio entrevistado. No caso de pessoas que tiveram suas vidas marcadas por traumas e rupturas, a dificuldade em construir uma coerência e uma continuidade na transmissão de sua história de vida é muito presente (POLLAK, 1989).

O objetivo da história oral nesta pesquisa não é tentar montar um “quebra-cabeça” do passado e concluir “o que de fato ocorreu”, e sim perceber a memória como um meio de explorar os significados subjetivos da experiência vivida pelos pacientes (THOMSON *et al*, 2002, p. 67). A memória é aqui percebida também através da visão de Henry Rousso, como uma “reconstrução psíquica e intelectual que acarreta de fato uma representação seletiva do passado, um passado que nunca é aquele do indivíduo somente, mas de um indivíduo inserido num contexto familiar, social, nacional” (ROUSSO, 1986, p. 94), neste caso podemos dizer também que o indivíduo está inserido em um contexto institucional.

O primeiro depoimento a ser analisado é o do paciente N., um senhor magro, alto, de aparência sisuda, que gosta de salientar que serviu no Exército. Possui uma fala bem articulada, procurando não cometer erros de linguagem. Mais um entre os vários pacientes que permaneceram em Itapuã desde que não houve mais reabilitações. Tem 63 anos e gosta de frisar que agora está velho, mas que antes tinha uma aparência muito boa.

A respeito da aparência, Goffman (1999, p. 28) salienta que durante o período de internação, o indivíduo está desprovido de seu aspecto usual, pois não lhe é permitido ter bens materiais. Assim, ocorre o que o autor denomina de “desfiguração pessoal”, a qual surge devido a ausência de um “estojo de identidade”, ou seja, utensílios para a manutenção da aparência pessoal. A “boa aparência” referida por N. pode ser relacionada a maneira como ele percebe sua feição dentro do espaço institucional, a qual não é necessariamente a imagem que tinha de si antes da internação.

A segunda entrevista é a do paciente C., a qual revela, além do que sempre se imagina quando se pensa em pacientes

psiquiátricos - abandono, tristeza, sofrimento - enfim “relatos de solidão”, como salienta Bosi, (1998, p. 433), mas também os modos pelos quais os seres humanos podem se adaptar a situações como estas e ainda encontrar motivação para seguirem suas vidas. De aparência séria, bigode e chapéu de palha, C. está sempre bem disposto ao trabalho. Porta-se de forma muito humilde, sempre olhando para baixo, pode-se dizer que é um sujeito muito calado. Possui uma namorada há mais de dez anos no HPSP, com a qual sonha em casar. É um dos pacientes mais jovens, 45 anos, internado desde os 19, tendo passado mais da metade de sua vida dentro de instituições asilares.

Optei por trazer as entrevistas¹¹ de forma integral, sendo que, no caso do paciente N., fiz algumas interferências ao longo do texto para facilitar a compreensão da narrativa, contudo, não foi estabelecido nenhum tipo de “agrupamento temático”¹², como sugere Meihy (1996, p. 232-240). Cabe salientar que este esforço de trazer a fala dos pacientes não chega a ser uma “transcrição”, onde o pesquisador torna-se o autor da entrevista. Não foi estabelecido nenhum tipo de ordem cronológica, respeitando a construção da narrativa do entrevistado.

A idéia de trazer os textos inteiros fundamenta-se principalmente no trabalho de Ecléa Bosi (1998), no qual a autora trabalha com a memória de velhos na cidade de São Paulo. Nesta perspectiva, o texto foi corrigido, as perguntas foram suprimidas e, a fim de possibilitar o entendimento, colocadas junto à fala do entrevistado, em geral de maneira implícita. A entrevista foi elaborada em forma de texto procurando não afastar-se da narrativa criada pelo depoente. O texto foi “limpo”, ou seja, as repetições e os erros de português que não eram necessários à compreensão da narrativa foram corrigidos, contudo, “foram mantidas aquelas que expressa a musicalidade própria da fala do narrador” (WEBER, 2002,

¹¹As entrevistas analisadas no presente artigo, além de outras fontes, serviram de fonte para a realização de meu trabalho de mestrado (BORGES, 2006).

¹² Este método exige que o pesquisador torne-se autor do texto, recriando a entrevista para que está se torne mais clara para o leitor. Este tipo de transcrição passa por 3 etapas distintas: 1) Denominada de transcrição absoluta, onde as palavras são conservadas em estado “bruto”; conforme a fala do depoente, 2) A textualização, onde são feitas algumas alterações: as perguntas são suprimidas, assim como os erros gramaticais; 3) A transcrição, consiste-se do texto final, resultando em uma recriação da entrevista.

p. 21). Torna-se necessário adaptar um sistema de normas para o melhor entendimento do texto¹³:

[...] Silêncios, ou não ditos do entrevistado.
[] Comentários ou esclarecimentos da entrevistadora.
“ ” Frases dos entrevistados em sua forma original.
() Descrição de gestos
___ Afirmações enfáticas ou alterações na fala.

Paciente N.- Primeira entrevista

22 de março de 2002.

Meu nome é N. E. F., 8º jurisdição do serviço militar, número 000000¹⁴, conjunto do Exército Brasileiro, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Nasci em Pelotas, éramos quatro irmãos comigo, trabalhávamos na agricultura e depois eu servi no exército. Eu tinha 10 anos quando meu pai faleceu. Fui para o São Pedro em 1964, foi uma assistente social de Pelotas quem me internou, eu tinha 23 anos. Meu problema era o alcoolismo, “as bebidas alcoólicas me causaram problemas sérios”. Eu era uma pessoa que bastava tomar um copinho que já estava bêbado, isso me estragou, eu já tinha me apresentado no exército naquela época [...] mas mudando de assunto, vamos mais para frente, passaram dez anos e eu vim pra Itapuã.

[Insisto em voltar para o tempo em que estava no São Pedro]

Fiquei dez anos no São Pedro, conheço bem este Hospital, mas agora já modificaram tudo, tinha até escola que eu freqüentei quando estava lá. As freiras, como as de Itapuã, nos incentivavam a trabalhar. Incentivavam porque eu ninguém mandou eu trabalhar, eu trabalhava porque eu queria. Disse que queria trabalhar, me apresentei, eu tinha uma aparência boa naquela época, cabelo escuro, era novo e mais gordo, eles gostaram de mim, então me perguntaram se eu sabia costurar, respondi que sim e fui trabalhar fazendo colchão. Trabalhei algum tempo lá, depois a gente tinha

¹³ Reitero que as entrevistas serão mantidas em sua grafia original, sem correções, procurando manter a musicalidade própria dos homens do campo entrevistados.

¹⁴ N. disse seu número no Exército, mas por questões legais este não pode constar no presente trabalho.

que ir para outro setor, não sei porque, mas não podia ficar sempre no mesmo, então fui trabalhar na lavanderia. Todo o trabalhador usava uma roupa diferente que era para os guardas reconhecer e deixar passar.

As camas lá no São Pedro eram bem arrumadas, limpinhas, parecia um hotel que eu havia pousado lá em Pelotas, tinha umas mantas tão bonitas. Nesse tempo que eu estive lá, de 1964 até 1974, tudo era bem arrumado, depois eu estive lá em 1980 e tudo parece ter decaído com a saída das irmãs.

[Nesse momento eu pergunto como foi a transferência para Itapuã]

“Então cheguei bem no final da comunicação, eu quero dar agora aqui o meu grande abraço ao Hospital São Pedro, eu sou de Itapuã, eu sou conhecido, eu sou o seu N. E. F., já disse o meu prefixo do quartel, do bairro Partenon, eu tenho essa marca aqui, esse corte (mostra cicatriz) lá do bairro Partenon”.

“Quero dar meus abraços tudo para o pessoal, do São Pedro que tá lá agora, na administração lá e aqui tá tudo bem, por enquanto mando muitas lembranças, abraços, e aí temos câmbio e é o final, obrigado”.

[Insisto na mesma pergunta]

“Dei câmbio final agora, não posso falar mais. Eu dei câmbio final, não dá mais”.

Paciente N.: segunda entrevista

29 de julho de 2004, dois anos depois.

Eu vim para Itapuã para trabalhar, em 1974. No São Pedro, como já haviam se passado dez anos que eu estava lá, se quisesse podia sair e eu acabei vindo pra Itapuã, preferi vir pra cá. Um médico que já trabalhava aqui explicou como era o lugar, que podia capinar, que tinha muito serviço, que tinha a costura e como eu já havia trabalhado costurando colchão lá no São Pedro poderia fazer isso em Itapuã, mas já faz muito tempo, eu era novo naquele tempo agora estou muito velho. Falou também que aqui se ganhava dinheiro por mês. Eu tinha 33 anos naquela época, agora estou com 63, sou nascido em 1941. Eu nunca pude sair daqui porque não tenho lugar para parar, minha zona é longe, Pelotas, e também por causa dos remédios, eu tenho problema de pressão, só por isso. Vim em uma caminhoneta, faz trinta anos já que eu estou aqui. Eu

achei o lugar bom, bonito, eu primeiro trabalhei no jardim, depois na horta, no refeitório, em vários setores diferentes, nas pedreiras, escavando terra. Eu tinha uma máquina de escrever naquele tempo, agora tem computador e xerox e não precisam mais que eu escreva, mas eu escrevia, fazia os papéis, ajudava no almoxarifado datilografando os papéis que tinha que fazer, recibos de pagamento. Agora eu não faço mais nada, estou aposentado, velho, vou fazer 64 anos, se Deus quiser (risos).

Nesse tempo em que eu estou aqui minha família veio me visitar, minha cunhada, meu irmão, minha irmã, já fui até Pelotas também, fiquei na casa deles, agora faz tempo que não os vejo, com esse problemas de pressão não posso sair.

Lembro de vários médicos bons que passaram por aqui, alguns foram embora. Quando eu vim pra cá era melhor porque eu era mais novo e agora é diferente, antes tinha o CAR, o Centro de Reabilitação Agrícola, agora é UIP, é Unidade de Internação Psiquiátrica. Eu noto que é diferente agora porque os pacientes estão todos aposentados, eu estou velho também, mas está bom assim.

Durante esse trinta anos muitos pacientes foram embora, dos que estavam aqui “daquele tempo” em que eu fui transferido, ficaram poucos, os que estão aqui são os que vieram depois.

[Procuró falar do passado anterior a sua vida no CAR e pergunto sobre o exército]

Eu servi, mas já faz muito tempo, isso aí já passou. Está ainda em mim porque eu ainda uso roupa camuflada (risos), eu gosto ainda.

Eu acho bom o Hospital Colônia Itapuã, o São Pedro é bem diferente, são hospitais diferentes. Aqui tem uns pavilhões e umas casas pequenas, lá no São Pedro era tudo maior, mas todo mundo ficava junto. Então aqui a gente pode tomar chimarrão de manhã, lá não dá porque é diferente. Eu não tenho mais o que dizer, aqui eu tenho tudo que eu preciso, os remédios, os médicos, o atendimento, tudo. Então muitas lembranças para todos.

Paciente C.

28 de março de 2001.

Meu pai foi casado quatro vezes, a primeira mulher teve três filhos, a segunda teve dois, a terceira teve mais cinco, que foi a minha mãe e teve mais cinco com a quarta. Ao todo tenho quatorze irmãos, comigo é quinze. Nasci no Paraná, mas como a minha mãe era aqui do Rio Grande do Sul, logo quis voltar porque aqui tinha os meus avós. Os pais do meu pai não são daqui, “são lá dos outros países do mundo, não são do Brasil”.

Minha família trabalhava na lavoura, plantava café, algodão, soja, milho e trigo. Eu ajudava meu pai, meus irmãos eram crianças pequenas ainda, mas eu me criei com meu pai na lavoura. Estudei até o terceiro ano e tive que sair da escola por causa destas “porcaria de ataque que me dava”, os professores disseram para o meu pai que eu não podia estudar por causa dessas crises. Mas ler e escrever eu ainda sei alguma coisa. Eu ainda tomo remédio por causa disso. Está vendo esse braço? Eu fiz essa cicatriz lá no Paraná ainda (mostra a marca no braço), trabalhava para um senhor. Dos meus irmãos os que mais estudaram foi o mais novo e as duas irmãs mais velhas.

A primeira vez que eu fui internado foi lá no Paraná, eu tinha catorze anos, ainda me lembro que foi um senhor que me internou, meu pai não era falecido, só a minha mãe. Esse senhor era um vizinho do meu pai e disse para ele que era melhor me colocar num hospital por causa dos ataques. O médico de lá me dava uns remédios diferentes dos que eu tomo aqui, eu sei que tomando esses remédios, que ele dizia que era para acalmar, eu não podia “trabalhar com fogo, trabalhar com água, nem nada”. Essas crises eram ataques epiléticos. Esse braço, eu queimei quando estava trabalhando cuidando um panelão de banha, e queimou tudo aqui, “o serviço que eu faço, não tenho medo de nada”. Eu estava trabalhando para esse senhor que era vizinho do meu pai e que me ajudou, me internou lá no Paraná. Depois fui transferido para um hospital em Curitiba, aí recebi alta.

Nessa época meu pai já era falecido, e minha mãe também seria se não tivesse cometido uma loucura, minha tia havia morrido e minha mãe também queria morrer, aí ela tomou veneno, se matou. “Minha mãe não devia de fazer isso, deixar os filhos assim...” Meu pai morreu de doença mesmo, morreu cedo, com 38 anos.

Depois então fui morar no Rio Grande do Sul com minha irmã e baixei em um hospital em Vacaria. O médico me perguntou se eu não queria ir para um hospital que tivesse os remédios certos para a

minha doença, que lá não tinha, aí me transferiu para o São Pedro. Fui junto com outros pacientes que tinham a mesma doença que eu, tudo numa “baita caminhoneta grande”.

Lá no São Pedro achei até que com os remédios tinha melhorado a minha doença, mas “aconteceu um crime” e acabei indo para o Manicômio Judiciário. Tinha um paciente lá que ficava, que ficava dizendo para mim “Você vai ser minha mulher” e fazendo gestos obscenos que eu não gostava. Uma vez eu tive um ataque e caí da escada, os médicos me colocaram em um quarto separado e ele ficava na janela me incomodando. Ele me faltava com o respeito, eu não sou acostumado com isso, a senhora sabe que respeito todo mundo! Tem muita gente que gosta de mim, que confia em mim. Eu dizia para os médicos, mas eles não davam importância, diziam para eu não dar bola, pois ele era doente. Então aconteceu uma morte, eu fui para o Manicômio Judiciário, “Matei, matei, matei esse paciente, matei esse paciente”.

Naquele tempo em que eu baixei no Manicômio Judiciário não era assim como hoje, podia trabalhar, ganhar dinheiro, podia sair. Comecei a tomar outros remédios que me ajudaram a diminuir a minha doença.

Os meus parentes nunca me visitaram, “prá bem certo, eu não sinto falta de meus parentes. Nem quando eu fui internado lá no Paraná eles vinham me visitar. Do meu pai e da minha mãe sim, aí é outra coisa, agora dos meus irmãos, se tão vivo, se tão morto, eu não estou nem dando conta”. Eu sinto falta é da minha namorada, se eu não viesse prá cá é por causa dela, “prá namorar”. Eu trabalhava de marceneiro, lá no São Pedro, e ajudei a construir a creche das crianças e ela trabalhava na limpeza lá na creche com as outras pacientes, assim nos conhecemos.

Lá no São Pedro, eu trabalhava também na horta que tinha lá. Aí uma senhora que trabalhava lá falou com o supervisor da minha unidade que seria bom pra mim ser transferido para Itapuã. Mas a primeira tentativa de vim pra cá não deu certo, eles não aceitaram, quem tinha a minha doença não podia ir para Itapuã, não tinha remédio para isso lá.

Depois é que eu consegui vir. Eles me disseram que era assim uma colônia, que eu poderia plantar. Eu vim com uns outros pacientes da minha unidade em um microônibus, só para olhar como era, pra ver se nós íríamos gostar de ficar aqui. Acho que veio uns nove, mas os outros não gostaram.

Eu gostei do lugar, tinha bastante verdura, a gente carregava o caminhão e vendia em Porto Alegre. Parece que até essas coisas que davam em mim começaram a melhorar. Parece assim, um lar mais livre para gente morar “eu me agradei mais com o trabalho do campo, que eu gostei aqui, a primeira coisa que eu me agradei foi a horta”. Eu gostei também porque prefiro o campo à cidade.

Quando eu vim prá cá os médicos avisaram que tinha uma tela porque os outros estavam prejudicados por uma doença, diziam que se a gente pegasse um cigarro dos pacientes que tinham essa doença a gente ficava doente também. Na verdade nem os doutores sabiam como pegava a doença, eu não tinha medo.

Agora eu acho que está tudo mudado, os médicos estão só levando os pacientes porque “isso aqui eles querem terminar com isso aqui”. Na verdade eu não gosto de hospital, esse aqui ainda dá prá gente trabalhar, mas eu gosto de ter minha liberdade.

Antigamente tinha muita fuga, tinha muitos que fugiam e acabavam morrendo afogados. Porque tinha uns aí que eram doentes da cabeça, outros queriam nadar e morriam afogados no rio. Prá mim os médicos sempre diziam que era para me cuidar com a água e com o fogo.

Hoje em dia está tudo mudado, antes recebia dinheiro paciente que trabalhava, hoje tem uns que nunca trabalharam que recebem dinheiro e tem muito paciente que podia trabalhar ainda, muitos não trabalham porque não querem. Antes nós acordávamos cedo, almoçávamos às 11:30, descansava um pouquinho e já saía prá trabalhar até a noite no olho do sol, hoje diminuiu, porque se não já tinha morrido tudo.

Eu gosto do Hospital desde que me disseram: “tu não tem outro lugar para ir”.

Tentativas de analisar sentimentos

“Eu dei câmbio final, não dá mais”. Esta frase lacunar, parte da primeira entrevista com o paciente N., realizada em 2002, traz um significado muito forte intrínseco aos seus não ditos. Quando N. foi ouvido, a intenção de realizar entrevistas sob a luz da história oral de vida estava bem presente. Durante o depoimento, após me contar sua trajetória desde a infância em Pelotas até os anos que passou no HPSP, decidi perguntar sobre a transferência para o CAR. Ele, então, de forma muito incisiva, disse: “Bom, quero dar

meus abraços tudo para o pessoal do São Pedro que tá lá agora, na administração lá, e aqui tá tudo bem. Por enquanto mando muitas lembranças, abraços, e aí temos câmbio e é o final, obrigado”.

Eu tentei insistir, pois não poderia deixar a entrevista acabar logo naquele momento, e fiz novamente a pergunta sobre sua vida no CAR, ao que mais uma vez, de forma muito decidida, ele respondeu: “Dei câmbio final, agora não posso falar mais. Eu dei câmbio final, não dá mais”.

Lembrei do paciente N. ao ler o artigo de Rosenthal, no qual esta relata que durante uma entrevista seu depoente (o sr. Green), depois de uma hora, disse de forma bastante agressiva: “Bem, por ora chega, agora desligue o gravador” (2002, p. 197). A autora analisa as possíveis razões para a atitude do entrevistado que parecem se refletir no paciente N: este pode ser uma dessas pessoas que não falam durante horas seguidas, ou que não confiam no entrevistador. No caso de Rosenthal, ela alega esta desconfiança pelo fato de seu depoente ser judeu e ela uma alemã não judia. Na situação em que ocorreu a minha pesquisa, a falta de confiança pode estar relacionada ao fato do paciente parecer não compreender exatamente os propósitos da entrevista, visto que ele se despede como se a equipe do HPSP fosse o ouvir.

Outra hipótese para a ruptura na entrevista de N. é o que Goffman (1999, p. 40) chama de “circuito”. Conforme abordado anteriormente, a reação dos pacientes em relação a sua situação leva de volta a situação. As manifestações de contrariedade e insolências podem servir de justificativa para castigos ou mesmo contribuir para um diagnóstico que legitime a doença. Desta forma, N. pode ter preferido calar-se à ser mal interpretado, correndo o risco de ser punido pelo que foi dito.

Rosenthal ajudou-me ainda a pensar em uma outra hipótese para o “câmbio final” de N. A narrativa do paciente segue uma linearidade até o momento em que este é transferido para o CAR, quando isso ocorre temos uma ruptura. Nos momentos finais, ele critica o São Pedro, dizendo que, em seus últimos dias lá, já não era como “antes”, e quando pergunto se ele gostava do HPSP, a questão é ignorada e ele segue a narrativa a respeito das modificações no Hospital. Este incisivo “câmbio final” determinado pelo paciente deve ser interpretado em relação ao conjunto de sua história de vida, sendo necessário considerar o seu significado intrínseco a este (ROSENTAHL, 1986, p. 198).

Ao realizar o trabalho de história oral, o pesquisador, muitas vezes, tende a pensar que o entrevistado deve narrar o que é importante para os propósitos da sua pesquisa (ROSENTHAL, 2002, p. 194). Quando comecei o trabalho de coleta de depoimentos de pacientes do HCI, esta tentativa de fazer com que o entrevistado falasse apenas o que eu pensava ser importante para minha pesquisa esteve presente durante a primeira entrevista. Como estes pacientes tinham iniciado suas carreiras de internados¹⁵ no HPSP e minha intenção era pesquisar sobre o CAR, julgava que as entrevistas deveriam focar principalmente a transferência destes pacientes e sua vida na última instituição. Essa visão, que Rosenthal chama de “destrutiva”, modificou-se na medida em que fui me aprofundando na documentação a respeito do Centro. A proposta do CAR era diferenciar-se do tratamento do HPSP, o que pode ser percebido em vários aspectos: ao pacientes não utilizavam uniformes, os quartos eram individualizados, alguns trabalhavam fora da instituição, os cabelos não possuíam um corte comum, etc. Para analisar estas pretensas diferenças eu precisava saber como era o São Pedro, não apenas levando-se em conta a documentação escrita, mas também as entrevistas. Portanto, torna-se necessário um depoimento de história oral de vida, no qual o objetivo era que o paciente narrasse sua experiência anterior à internação, sua vida no HPSP e no CAR. Este trabalho de reconstrução de sua própria trajetória de vida, segundo Meihy, “possibilita ao indivíduo a definição de seu lugar social e suas relações com os outros” (MEIHY, 1991, p. 15).

Assim como na experiência de Rosenthal, meu depoente voltou a ser entrevistado recentemente¹⁶. Creio que uma das hipóteses da autora pode ser esclarecedora para esta situação: “O sr. Green tem que fazer um esforço para dividir sua vida em duas partes e não o consegue por meio da argumentação, tal como vemos em outras histórias de vida. E ainda: Ele não quer que o Holocausto ofusque sua vida em Israel” (ROSENTHAL, 2002, p. 198). Neste sentido, N. possui claramente uma ruptura em sua história de vida que marca exatamente dois momentos distintos: sua

¹⁵ Termo utilizado por Goffman para referir-se ao tempo de permanência dentro da instituição hospitalar, seria a “carreira moral do internado”. In: (GOFFMAN, 1999, p. 70)

¹⁶ A segunda parte da entrevista ocorreu só recentemente, no dia 29 de julho de 2004.

vida no São Pedro e sua vida em Itapuã. Seguindo o exemplo de Rosenthal, creio que a hipótese que mais se aplica a entrevista com o paciente N. é a de que este não quer que sua vida no São Pedro atrapalhe a visão de sua vida no Centro Agrícola. Não se trata apenas de uma divisão, de duas partes distintas, mas sim dos resultados de suas experiências de vida.

O que caracteriza um indivíduo é seu conjunto de memórias, mas também, segundo Izquierdo, “nos caracteriza como indivíduos aquilo que resolvemos ou desejamos esquecer” (IZQUIERDO, 2004, p. 13). Durante sua entrevista com o paciente C., este fala sobre o homicídio que cometeu no São Pedro, mas não deixa claro a maneira como este ocorreu, preferindo seguir sua narrativa falando da transferência para o Manicômio Judiciário. Não significa que ele tenha esquecido, mas pode significar que deseja esquecer. Memórias de fatos desagradáveis podem ser reprimidas. Para Izquierdo, “a repressão é um mecanismo também ativo que usamos para reduzir ou suprimir memórias que preferimos não lembrar” (IZQUIERDO, 2004, p. 41). As conseqüências dessa repressão de memórias que não foram mortas pode se manifestar de forma inconsciente através de sensações de mal estar. Reprimir experiências desagradáveis permite que indivíduos que passaram por fortes traumas consigam seguir suas vidas sem cruzarem com este passado nebuloso a todo o momento.

Ainda a respeito do homicídio relatado de forma obscura por C. pode-se refletir novamente sobre a idéia do “circuito” proposto por Goffman (1999, p. 40). O paciente talvez tenha preferido não tocar muito neste assunto com receio de que este episódio fosse utilizado contra ele próprio.

Através da análise das entrevistas pode-se perceber também que a memória destes pacientes está condicionada pelos elementos do presente. Um exemplo encontra-se na fala de C., quando este relata que passou a gostar do hospital quando alguém lhe disse que ele não possui outro lugar para ir. O grupo social ao qual faz parte hoje, de pacientes crônicos, sem possibilidade de reabilitação que compõem o quadro social da Unidade de Internação Psiquiátrica, condiciona sua visão de mundo, onde a alta já não é mais esperada. Neste sentido, as lembranças mudam de acordo com o papel social exercido pelo indivíduo, conforme abordado anteriormente, são os diferentes “quadros sociais da memória” (HALBWACHS, 1990), que definem as percepções do indivíduo a respeito de seu passado.

Segundo Pollak “as preocupações do momento constituem um elemento de estruturação da memória” (1989, p. 204). Assim quando C. afirma que hoje está tudo modificado no hospital, explicita também seu receio de que o mesmo deixe de existir: “isso aqui eles querem terminar com isso aqui”. Para o autor, a organização da memória em função das preocupações do presente mostra que esta é um “fenômeno construído”.

Sendo as lembranças reconstruções do que ocorreu no passado através dos materiais que “estão, agora, à nossa disposição, no conjunto de representações que povoam nossa consciência atual” (BOSI, 1998, p. 54), os indivíduos se definem pelo grupo social ao qual pertencem. Conforme colocado anteriormente, Halbwachs (1990, p. 74) mostra que a mudança de grupo social nos diferentes períodos da vida modifica a relação do sujeito com seu próprio passado. Tanto N. quanto C. possuem tempos ou “quadros sociais” bem definidos: o primeiro deles é a família, a infância, seus locais de origem, apresentando os primeiros problemas relacionados à doença. O segundo momento é a internação no HPSP. Em terceiro aparece a transferência para o CAR, e os “velhos tempos”, como era o Centro na época em que ingressaram. Por fim, apresentam uma visão do CAR atualmente.

Ao que se refere à construção do primeiro quadro social: “a família”, a fala e sua expressão marcam a entrevista revelando uma das características do perfil dos habitantes dos espaços asilares: o abandono. O paciente N., ao se referir à seus parentes revela que não possui contato com estes há algum tempo e atribui à sua própria doença o fato de não poder visitá-los. É importante mencionar que neste ponto de nossa conversa, seu tom de voz diminui: “Nesse tempo em que eu estou aqui minha família veio me visitar, minha cunhada, meu irmão, minha irmã, já fui até Pelotas também, fiquei na casa deles, agora faz tempo que não os vejo, com esse problemas de pressão não posso sair”.

A questão familiar para C. aparece de forma mais incisiva, este mostra-se revoltado com o fato de nunca ter sido visitado por seus irmãos. Este tipo de sentimento é percebido não apenas em sua fala, mas no próprio tom de voz que torna-se agressivo neste momento, fazendo questão de ressaltar que não deseja saber notícias destes. Contudo, menciona sentir a falta dos pais: “Os meus parentes nunca me visitaram, prá bem certo, eu não sinto falta de meus parentes. Nem quando eu fui internado lá no Paraná eles

vinham me visitar. Do meu pai e da minha mãe sim, aí é outra coisa, agora dos meus irmãos, se tão vivo se tão morto eu não estou nem dando conta”.

O segundo “tempo” de suas memórias envolve a internação no HPSP. A pessoa que os internou é sempre lembrada, assim como ambos apresentam claramente os motivos da internação. N. menciona que foi uma assistente social quem o encaminhou para o Manicômio, e esclarece que sofria com o alcoolismo: “Fui para o São Pedro em 1964, foi uma assistente social de Pelotas quem me internou, eu tinha 23 anos. Meu problema era o alcoolismo, as bebidas alcoólicas me causaram problemas sérios”.

C. relata que apresentava epilepsia, tendo sido internado primeiramente ainda no Paraná, por um vizinho, amigo de seu pai, para o qual o paciente trabalhava. Segundo o paciente, não havia como freqüentar a escola devido aos “ataques” provocados pela doença. Contudo, consta em seu prontuário a seguinte anotação:

A mãe se matou, pois perdera irmã por doença (tia do paciente). Ficou com o pai, depois com o Sr. E. T. que batia demais no paciente se este não conseguisse fazer o serviço (ficou dos seis aos dezesseis anos com este). Chegava atrasado à escola devido ao serviço excessivo.

Mesmo mostrando a cicatriz no braço devido a um acidente enquanto trabalhava para este senhor, em nenhum momento C. fala a respeito das agressões, alegando que não pode mais freqüentar as aulas pois os professores não permitiram, devido á epilepsia. Conforme analisado anteriormente, segundo Orlandi (2002, p. 34), existem formas diferentes de silêncio, pode-se talvez atribuir o mesmo em relação aos não ditos que neste caso poderiam ser classificados em dois tipos: de emoção e de revolta.

As cicatrizes marcam os dois entrevistados, ambos se referem a estas como se fossem evidências de períodos de suas vidas. No caso de C., a cicatriz foi feita durante o trabalho, este mostra a marca parecendo querer provar que não se intimida com o fato de os médicos terem avisado que não poderia “trabalhar com fogo, trabalhar com água, nem nada”.

Para N. a cicatriz remete ao período em que serviu no Exército: “já disse o meu prefixo do quartel, do bairro Partenon, eu tenho essa marca aqui, esse corte (mostra cicatriz) lá do bairro Partenon”. As marcas trazidas no corpo parecem auxiliar na construção da memória dos entrevistados pois trazem lembranças

de diferentes quadros sociais vividos pelos pacientes. Mais profunda ainda parece ser a marca institucional que N. demonstra carregar: o exército e o Hospital. No início de seu depoimento, ao dar seus dados pessoais, automaticamente fala sua jurisdição e seu número no serviço militar: “Eu servi, mas já faz muito tempo, isso aí já passou. Está ainda em mim porque eu ainda uso roupa camuflada (risos), eu gosto ainda”. Tal fato remete a idéia a respeito de Instituições “totais”, que segundo Goffman (1999, p. 16) consistem em espaços com tendência ao fechamento, com limitações em relação a comunicação com a sociedade exterior. Tanto hospitais psiquiátricos como o próprio exército, são classificados pelo sociólogo como instituições “totais”. Desta forma, a fala de N. o coloca nestes dois ambientes, duplamente institucionalizado.

A construção da identidade de N. é marcada pelo espaço institucional, assim, podemos dizer que são as instituições sociais que formam o sujeito (BOSI, 1998, p. 54). Segundo Pollak, memória e identidade estão intimamente ligadas. Este sentimento de identidade deve ser entendido em seu sentido mais superficial, como uma “imagem de si, para si e para os outros” (POLLAK, 1989). Neste sentido, a imagem que N. criou de si para os outros está ligada ao Exército, isso se reflete de forma explícita, pois este se veste sempre com roupas camufladas. A construção da identidade individual e coletiva ocorre através das fronteiras que estabelecem o pertencimento a um grupo social, “a memória é um elemento constituinte do sentimento de identidade”, pois esta é um fator importante do sentimento de continuidade e de coerência de uma pessoa ou de um grupo em sua reconstrução de si” (POLLAK, 1989).

Desta forma, a construção da identidade é um fenômeno que se produz em relação aos outros. O caso de C. pode ser citado como exemplo, quando este relata as mortes por afogamento devido às fugas, afirma que isto ocorria porque havia pacientes “doentes da cabeça”. Ele, portanto, não se vê como tal, porém ele parte do grupo para mostrar que é diferente. Contudo, muitas das opiniões que ele julga emanar apenas de suas decisões e pensamentos, são influenciadas pelo grupo. Estas influências sociais, de acordo com Pollak (1989), não são facilmente reconhecidas e tornam o indivíduo em eco do grupo. Um exemplo disso pode ser percebido através da questão dos remédios, estes aparecem nas falas tanto de C. quanto de N. e, de certa forma, a necessidade de medicamentos acaba

justificando a internação. Os quatro primeiros trechos são da entrevista de C. e o último pertence à fala de N.:

1) “O médico me perguntou se eu não queria ir para um hospital que tivesse os remédios certos para a minha doença, que lá não tinha, aí me transferiu para o São Pedro”.

2) “O médico de lá me dava uns remédios diferentes dos que eu tomo aqui, eu sei que tomando esses remédios, que ele dizia que era para acalmar”.

3) “Lá no São Pedro achei até que com os remédios tinha melhorado a minha doença”.

4) “Nas primeira tentativa de vim pra cá não deu certo, eles não aceitaram, quem tinha a minha doença não podia ir para Itapuã, não tinha remédio para isso lá”.

5) “Aqui eu tenho tudo que eu preciso, os remédios, os médicos, o atendimento, tudo. Então muitas lembranças para todos”.

Os dois últimos tempos em que se fundamentam a construção das memórias dos entrevistados são formados pela comparação de como era o funcionamento do Hospital quando eles chegaram, na década de 1970, e como é atualmente, colocado sempre entre o “antes” e o “depois”. Os “velhos tempos” são sempre considerados melhores, a fala de N. é bastante representativa em relação a este fato:

Quando eu vim pra cá era melhor porque eu era mais novo e agora é diferente, antes tinha o CAR, o Centro de Reabilitação Agrícola, agora é UIP, é Unidade de Internação Psiquiátrica. Eu noto que é diferente agora porque os pacientes estão todos aposentados, eu estou velho também, mas está bom assim.

Segundo Izquierdo, depois dos cinquenta ou sessenta anos a memória tende a ficar mais lenta e seletiva. Além disso, “o idoso prefere lembrar-se das coisas de antigamente, dos tempos em que era jovem, ágil, namorava [...]” (IZQUIERDO, 2004, p. 94). Isso pode ser percebido na construção da memória de N. Neste sentido, falas a respeito dos “bons” ou “maus” velhos tempos do passado, “estimula mitos e impressões subjetivos e coletivos” (THOMPSON,

1998, p. 179) já as lembranças de detalhes, enfim de pormenores, trazem grandes contribuições para a compreensão do cotidiano.

Outro aspecto interessante que perpassa as entrevistas é a ênfase dada à liberdade a qual parece contrastar com a trajetória de confinamento dos entrevistados:

“Eu vim para Itapuã para trabalhar, em 1974. No São Pedro, como já haviam se passado dez anos que eu estava lá, se quisesse podia sair e eu acabei vindo pra Itapuã, preferi vir pra cá” (N., 2001).

“Na verdade eu não gosto de hospital, esse aqui ainda dá pra gente trabalhar, mas eu gosto de ter minha liberdade” (C., 2001).

Estes fragmentos parecem tentar provar que existe uma certa margem de manobra a qual permite algum tipo de liberdade ainda que limitada pelas imposições de uma instituição “total”. Desta forma, penso ser necessário colocar este termo entre aspas, pois as práticas quotidianas dos internados, muitas vezes burlam a ordem interna da instituição. São essas tentativas de jogar com as regras impostas, de buscar modificá-las, ou reapropriá-las, que tornam o conceito de instituição “total” relativo.

Considerações finais

Através desta pesquisa foi possível perceber que trabalhar com memórias de situações traumáticas, ou extremas traz desafios novos ao historiador, que exigem “altas doses de imaginação para serem superados” (SCHWARSTEIN, 2001, p. 82). Este tipo de história oral permite presentificar elementos do passado que podem contribuir para a formação de uma consciência histórica. Os atores que viveram tais experiências, neste caso, os pacientes portadores de sofrimento psíquico, silenciados por anos de confinamento, podem consolidar seus testemunhos na cena historiográfica, contra aqueles que negam sua subjetividade obscurecida pelos muros altos, uniformes e cabeças raspadas.

Falar de suas trajetórias faz com que os entrevistados enfrentem suas dores e seus traumas e também os leva a valorizar experiências, segundo Thomson, Frisch e Hamilton (2002, p.73), esses são dados positivos dentro da história oral. Porém, talvez o mais importante nestas falas seja o fato de serem construídas por esses “estranhos personagens – chamados ‘loucos’ – que raramente puderam dizer de si mesmos e foram ouvidos” (WADI, 2002, p.03).

A dificuldade de se trabalhar com depoimentos de personagens tão singulares é imposta tanto pela ausência de bibliografia historiográfica pertinente ao tema, como pelas barreiras institucionais. Estas últimas, além de exigirem o sigilo dos nomes dos entrevistados, tiram do pesquisador a autonomia de escolher os depoentes, salientando que era a equipe do setor de psicologia do HCl quem auxiliava na seleção destes. Tais limitações tornam-se aceitáveis se analisarmos que tratam-se de indivíduos que passaram a maior parte de suas vidas confinados em instituições asilares. Contudo, existem outros argumentos mais fortes que justificam a maneira nada convencional de realizar a pesquisa, um deles é o fato de o historiador não ser um terapeuta. Conforme exposto anteriormente este não vai estar por perto para auxiliar aquele cuja memória foi desmantelada (THOMSON *et al*, 2002, p. 70), desta forma, os pacientes não poderiam correr o risco de serem prejudicados pelo trabalho de história oral.

Há riscos tanto para os entrevistados quanto para o entrevistador, o segundo pode ser agredido por algum depoente que não queira falar a respeito determinado assunto. Posso dizer que neste período de dois anos e seis meses em que tive contato diário com estes personagens, julgava conhecer e saber identificar aqueles que poderiam oferecer algum tipo de comportamento mais instável. Contudo, um paciente estável e amigável, tentou me agredir quando fui cumprimentá-lo, a enfermeira que socorreu-me a tempo (antes que eu levasse um tapa no rosto), limitou-se a dizer que ele estava em surto. Passado alguns dias ele voltou a ser “estável” e “amigável” como antes e eu continuei a cumprimentá-lo conforme fazia diariamente. Assim, para não haver nenhum tipo de dano, seja emocional ou físico, tanto para entrevistados quanto para o pesquisador, contou-se com os psicólogos para auxiliarem na seleção das fontes orais.

Através dos depoimentos foi possível perceber que cada indivíduo é um fragmento de um todo maior que é a coletividade. Para Neves: “Cada depoente fornece informações e versões sobre si próprio e sobre o mundo no qual vive ou viveu” (2000, p. 114). Neste sentido, as entrevistas com os pacientes do antigo Centro Agrícola de reabilitação revelam, além das diferentes sensibilidades destes sujeitos calados pela história – “os loucos” – muito de seu “mundo de internado”¹⁷.

¹⁷ “Mundo do Internado” é um dos subtítulos onde Goffman (1999) relata a vida dos

O interessante nos depoimentos não são as situações ocorridas no passado e sim o modo como as memórias foram construídas. Cada memória individual é um ponto de vista em relação a memória coletiva (HALBWACHS, 1990, p. 51), neste sentido, os depoimentos dos pacientes revelam pontos de vista diferentes a respeito do CAR. Mesmo sendo pessoas que vivem na mesma instituição, que muitas vezes presenciaram os mesmos fatos, os depoimentos são narrados de forma inteiramente diferente.

Na tentativa de analisar a maneira como os fatos sociais tornam-se coisas, ou seja “como e por quem eles são solidificados e dotados de duração e estabilidade” (POLLAK, 1989, p.4), tem-se uma nova abordagem voltada para os processos e sujeitos que atuam na constituição e na formação das memórias. Com isso, através da história oral, vem ocorrendo a valorização das memórias subterrâneas. Estas privilegiam a inclusão dos excluídos na cena historiográfica, possibilitando, no caso desta pesquisa, que as portas do manicômio sejam abertas e que os verdadeiros protagonistas desta história sejam ouvidos.

6. Referências Bibliográficas

indivíduos dentro das “instituições totais”.

BARCELOS, Arthur, BORGES, Viviane Trindade e FONTOURA, Arselle. Segregar para curar? A experiência do Hospital Colônia Itapuã. In: *Boletim da Saúde*. V. 14, n.1. Porto Alegre: Escola de Saúde pública, 1999-2000, p.143-158.

_____. Desvendando uma história de exclusão: a experiência do Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital Colônia Itapuã. *História, ciência e saúde - Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v.10, 2003, p.397-414.

BORGES, Viviane Trindade. Projeto CAR: o Centro Agrícola de Reabilitação do Hospital Colônia Itapuã. *Boletim da Saúde*, Escola de Saúde Pública de Porto Alegre, v.16, n.2, 2002, p.116-124.

_____. *Loucos (nem sempre) mansos da estância: controle e resistência no cotidiano do Centro Agrícola de Reabilitação (Viamão/RS, 1972-1982)*. Dissertação (Mestrado em História), Porto Alegre: UFRGS, 2006.

BENJAMIN, Walter. *Rua de mão única* (Obras Escolhidas II), 4 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BOSI, Ecléa. *Memória e sociedade*. Lembrança de velhos. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

DIAS, Míriam T.G. *Os (Des) caminhos da política de saúde mental no Rio Grande do Sul: Uma análise da implantação da Lei de Reforma Psiquiátrica*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Porto Alegre: PUC/RS, 1997.

GODOY, Jacinto. *História da Psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Edição do Autor, 1955.

GOFFMAN, Erving. *Estigma*. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

_____. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1999.

HALBWACHS, Maurice. *A memória coletiva*. São Paulo: Vértice: 1990.

IZQUIERDO, Iván. *Questões sobre memória*. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 2004.

LOZANO, Jorge Eduardo Aceves. *Prática e estilos de pesquisa na*

história oral contemporânea. In: FERREIRA, Marieta de Moraes e AMADO, Janaína (org.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. *Manual de História Oral*. São Paulo: Ed. Loyola, 1991.

NEVES, Lucília de Almeida. Memória, história e sujeito: substratos da identidade. In: *Revista da Associação Brasileira de História Oral*. São Paulo, n.3, 2000.

ORLANDI, Eni P. *As formas do silêncio*. No movimento dos sentidos. São Paulo: Ed. Unicamp, 2002.

PESAVENTO, Sandra. Ressentimento e Ufanismo: sensibilidades do sul profundo. In: PESAVENTO, Sandra et al (org.). *Memória e (re)sentimento: indagações sobre uma questão sensível*. Campinas: Ed. da Unicamp, 2001.

POLLAK, Michel. Memória, esquecimento e silêncio. In: *Revista de Estudos Históricos da FGV*. Rio de Janeiro: FGV, v.2, n.3, 1989, p. 3-15.

PROENÇA, Fernanda Barrionuevo. *Os protegidos de São Francisco: aliança entre Estado e Igreja na criação e no cotidiano do Hospital Colonia Itapuã para a profilaxia da Lepra - (1937-1945)*. Dissertação (Mestrado em História), Porto Alegre: PUC/RS, 2005.

QUEVEDO, Everton Luis. *Isolamento, isolamento e ainda isolamento: o Hospital Colônia e o Amparo Santa Cruz na profilaxia da lepra no Rio Grande do Sul*. Dissertação (Mestrado em História), Porto Alegre: PUC/RS, 2005.

ROSENTHAL, Gabriele. A estrutura e a *gestalt* das autobiografias e suas conseqüências metodológicas. In: FERREIRA, Marieta de Moraes e AMADO, Janaína (org.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

ROUSSO, Henry. A memória não é mais o que era. In: *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

SERRES, Juliane. *Nós não caminhamos sós: o Hospital Colônia Itapuã e o combate à lepra no Rio Grande do Sul (1920-1950)*. Dissertação (Mestrado em História), São Leopoldo: UNISINOS, 2004.

SCHWARZSTEIN, Dora. História oral, memória e histórias traumáticas. In: *Revista da Associação Brasileira de História Oral*. São Paulo, n. 4, 2001.

THOMSON, Alistar; FRISCH, Michael & HAMILTON, Paula. Os debates sobre memória e história: alguns aspectos internacionais. In: *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

THOMPSON, Paul. *A voz do passado*. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1998.

WADI, Yonissa Marmitt. *Louca pela vida: a história de Pierina*. Tese, (Doutorado em História), São Paulo: PUC/SP, 2002.

WEBER, Regina. Os operários e a colméia. Trabalho e etnicidade no sul do Brasil. Ijuí: Unijuiú, 2002.

Entrevistas (pacientes da UIH e UIP)

E.N. Entrevistas com pacientes da Unidade de Internamento Hanseniano [26/01/2000]. Entrevistador: Everton Luis Stefanello. Itapuã/Viamão: CEDOPE/HCI.

C. Entrevistas com pacientes da Unidade de Internamento psiquiátrico [28/03/2001]. Entrevistador: Viviane Trindade Borges. Itapuã/Viamão: CEDOPE/HCI.

E.N. Entrevistas com pacientes da Unidade de Internamento Hanseniano [30/04/2001]. Entrevistador: Viviane Trindade Borges. Itapuã/Viamão: CEDOPE/HCI.

M. Entrevistas com pacientes da Unidade de Internamento psiquiátrico [23/08/2001]. Entrevistador: Viviane Trindade Borges. Itapuã/Viamão: CEDOPE/HCI.

J. Entrevistas com pacientes da Unidade de Internamento psiquiátrico [21/08/2001]. Entrevistador: Viviane Trindade Borges. Itapuã/Viamão: CEDOPE/HCI.

N. Entrevistas com pacientes da Unidade de Internamento psiquiátrico [22/03/2002 e 29/07/2004]. Entrevistador: Viviane Trindade Borges. Itapuã/Viamão: CEDOPE/HCI.

Outras fontes

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Relatório: Centro de Documentação e Pesquisa. Itapuã. 1989.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Histórico do CAR: Centro de Documentação e Pesquisa. Itapuã. 1991.

Hospital Psiquiátrico São Pedro. Prontuário n. 003772.1.

Abstract:

My purpose herein is to analyze interviews with patients affected by psychic suffering, adopting an approach to the formation of narratives and the way they build memories. In this way, the process of recalling will be considered “a means to explore subjective meanings of the undergone experience” (THOMSON et al., 2002, p. 67).

Key words:

narrative, memory, oral story.