

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA SOCIAL

**CRÔNICAS DE ENCONTROS COM A LOUCURA: MEMÓRIAS, EXPERIÊNCIAS
E NARRATIVAS DE ESTAGIÁRIOS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE
JURUJUBA (NITERÓI/RJ)**

Aluna: Myrna Amaral Catinin

Orientadora: Diana de Souza Pinto

Rio de Janeiro, 2012

Souza, Myrna Amaral Catinin de.

S729 Crônicas de encontros com a loucura: memórias, experiências e
narrativas de estagiários no hospital psiquiátrico de Jurujuba (Niterói/RJ) /
Myrna Amaral Catinin de Souza, 2012.

98 f. ; 30 cm

Orientadora: Diana de Souza Pinto.

Dissertação (Mestrado em Memória Social) – Universidade Federal do

MYRNA AMARAL CATININ DE SOUZA

CRÔNICAS DE ENCONTROS COM A LOUCURA: MEMÓRIAS, EXPERIÊNCIAS E
NARRATIVAS DE ESTAGIÁRIOS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA
(NITERÓI/RJ)

Dissertação defendida ao Curso de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Concentração: Memória e Linguagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. DIANA DE SOUZA PINTO

Rio de Janeiro

2012

MYRNA AMARAL CATININ DE SOUZA

CRÔNICAS DE ENCONTROS COM A LOUCURA: MEMÓRIAS, EXPERIÊNCIAS E
NARRATIVAS DE ESTAGIÁRIOS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA
(NITERÓI/RJ)

Dissertação defendida ao Curso de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Concentração: Memória e Linguagem.

Aprovada em dezembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^{ta}. Dr^a. DIANA DE SOUZA PINTO – Orientador

UNIRIO

Prof^{ta}. Dr^a. CRISTINA MONTEIRO BARBOSA

UFRJ

Prof. Dr. FRANSISCO RAMOS DE FARIAS

UNIRIO

Prof. Dr. AMIR GEIGER

UNIRIO

Rio de Janeiro

2012

A todos os que se aventuraram a escrever suas
experiências clínicas.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me dá a inspiração, expiração e toda organicidade de que precisei para gestar essa dissertação,

À minha família querida que me apoiou em todos os sentidos na feitura deste trabalho,

Em especial ao meu pai (Veriano), que sonhou e vibrou junto comigo a cada nova leitura e a cada nova ideia,

Ao meu querido esposo Leandro que me deu todo suporte emocional e técnico para que eu pudesse produzir esse texto,

A CAPES pelo financiamento da minha pesquisa,

A todos os meus colegas e professores do Programa de Memória Social que com formações tão distintas da minha contribuíram para uma escrita heterogênea, o que considero um grande ganho para minha formação.

EPÍGRAFE

“...é que a gente sofre tanto por tudo que se desfaz
o infinito é tão distante pra frente ou para trás [...]
mas chegará o tempo em que eu não morrerei
jamais, jamais
e o tempo me deixará em paz
o antes e o depois não importam mais...”

Felipe Valente – Jamais – Cd Princípio e Fim (2012)

SÚMARIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. CONTEXTUALIZAÇÃO, CORPUS E APORTE TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	16
2.1 IMPLICAÇÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	16
2.2 REFLEXOS INSTITUCIONAIS NO DISCURSO DA SAÚDE MENTAL.....	19
2.3 HISTÓRIA DO HPJ E COMPOSIÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL EM NITERÓI.....	20
2.4 DISCURSO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA.....	21
2.5 CONSTRUÇÃO DOS DADOS.....	24
2.6 APORTE TEÓRICO-METOTODOLÓGICO.....	27
2.6.1 VISÃO INTERACIONISTA DA LINGUAGEM.....	29
2.6.2 NARRATIVA: CRONOLOGIA E SENTIDO DE FINAL.....	31
2.6.3 NARRATIVA, EXPERIÊNCIA E TEMPORALIDADE.....	38
3. ENCONTROS COM AS CRÔNICAS E COM A CRONICIDADE.....	41
4. METODOLOGIA E ANÁLISE.....	69
4.1 METODOLOGIA: RECORRÊNCIAS E QUEBRA DE EXPECTATIVAS.....	69
TABELA 1 - DISCURSIVIDADE.....	71
TABELA 2 - ESTRUTURA NARRATIVA.....	72
4.2 ANÁLISES DAS NARRATIVAS: LAÇO SOCIAL, GRAVIDADE E PRONTUÁRIO.....	75
4.2.1 “A MAIS ANTI-SOCIAL DAS CRIATURAS”: CONSTRUÇÃO DO PONTO DE VIRADA.....	77
4.2.2 “PACIENTE HARDCORE”: ESTRATÉGIAS DE ENVOLVIMENTO E CONSTRUÇÃO DO PONTO DE VIRADA.....	83
4.2.2.1 MARCAS TEMPORAIS.....	85
4.2.2.2 – DIÁLOGO CONSTRUÍDO.....	87
4.2.2.3 – PONTO DE VIRADA.....	89

4.2.2.4 – REINVENÇÃO DOS ESQUEMAS DE CONHECIMENTO.....	92
4.2.3 - “... NOSSA PRESENÇA TEM EFEITOS”: DETALHAMENTO E CRONOLOGIA.....	94
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS:	104

RESUMO

O objetivo geral desta pesquisa é investigar a construção de memória de um grupo de estagiários da Universidade Federal Fluminense ao narrar por escrito suas experiências clínicas no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba – RJ, com o intuito de compreender que memórias sobre a loucura são discursivizadas por esse grupo em formação clínica. Especificamente intentamos identificar as estratégias discursivas utilizadas na construção dessas narrativas dos estagiários. Nossos dados de pesquisa se constituem por três textos escritos por estagiários do referido hospital entre 2006 e 2007. Nossa análise da narrativa se dará a partir da perspectiva da Sociolinguística Interacional (Goffman 2002); (Gumperz 2002), enquanto a memória será considerada como um fenômeno social segundo as premissas de Halbwachs (1990). Articulamos os conceitos de memória e narrativa, destacando o traço em comum, a saber: a temporalidade (Ricoeur, 2010). Durante o processo analítico, os dados de pesquisa nos mostraram, no que concerne ao conteúdo, como os encontros com os pacientes promovem transformações tanto no paciente quanto no próprio estagiário. No que tange a forma das narrativas observamos que utilizou-se várias estratégias discursivas como repetição, detalhamento e diálogo construído como recursos para o envolvimento do leitor. Concluímos que esses escritos rememoram a reinvenção das práticas clínicas desses estagiários quando estavam acompanhando um paciente.

Palavras-chaves: narrativa – memória – psicose

ABSTRACT

The overall goal of this research is to investigate the construction of memory of a group of interns from Universidade Federal Fluminense in writing to narrate their experiences in clinical Jurujuba Psychiatric Hospital - RJ, in order to understand that memories are about madness discursivizadas by this group in clinical training. Specifically intend to identify the discursive strategies used in the construction of these narratives of trainees. Our survey data are constituted by three texts written by interns of the hospital between 2006 and 2007. Our analysis of the narrative will take place from the perspective of interactional sociolinguistics (Goffman 2002); (Gumperz 2002), while the memory will be regarded as a social phenomenon according to the assumptions of Halbwachs (1990). Articulate the concepts of memory and narrative, highlighting the trait in common, namely: temporality (Ricoeur, 2010). During the analytical process, data research showed us, in regard to the content, such as encounters with patients promote transformations in both the patient and trainee himself. Regarding the shape of the narrative noted that we used various discursive strategies as detailed, repetition and dialogue built as resources for the reader's involvement. We conclude that these writings recall the reinvention of clinical practices when these trainees were accompanying a patient.

Keywords: narrative - memory - psychosis

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo analisar as memórias de um determinado grupo de estagiários de Psicologia da Universidade Federal Fluminense no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ) a partir de seus trabalhos escritos de final de estágio. Nosso intuito é investigar como esse grupo de estagiários discursiviza seus encontros com pacientes psicóticos e que ressonâncias esses discursos têm para a Memória Coletiva desses alunos sobre a loucura.

Vê-se, atualmente, muita produção acadêmica em torno da psicose¹ – termo psiquiátrico para o que o senso comum entende como loucura – mas ficam-nos questões sobre a repercussão de outros tipos de produção, de cunho mais narrativo e experiencial por parte dos trabalhadores de saúde mental, sobre a Memória Coletiva da loucura. Partimos da ideia de narrativa perpassada pela experiência descrita por Benjamim (1985), teórico que discute a construção de uma temporalidade, via discurso, que ultrapassa a cronologia ou a sucessão linear de instantes. O tempo é significado através da narrativa: é o momento de elaboração de uma vivência temporal em uma experiência narrada, em que passado e presente dialogam. Interessa-nos analisar como essas narrativas experienciais, com sua temporalidade singular, produzem reverberações no campo da Memória Social. A compreensão acerca do que seja Memória Social ultrapassa um único campo do saber, mas é construído do modo transdisciplinar (GONDAR, 2005), como veremos na seção 2.6.

O texto “O analista cidadão” de Éric Laurent (1999) - que discute o mundo contemporâneo e nele o posicionamento de um analista - nos remete à importância da escrita prosaica para fins de transmissão de uma singularidade que ultrapassa o patológico. Há indivíduos “expulsos do ideal”, e a função do analista é a de ajudar a civilização a respeitar a articulação entre normas e particularidades individuais; fazer oposição à universalidade em prol do não esquecimento do sujeito. Isto não quer dizer que o analista seja contra as normas, mas que ele há de posicionar-se para além das normas. “Mas não devemos nos limitar à escuta” - nos diz Laurent – “também precisamos transmitir a particularidade que está em

¹ (TENÓRIO, 2001); (DESVIAT, 1999); (LACAN, 1985); (SOLER, 2007) para citar alguns.

jogo” (1999, p.15). Laurent cita o neurologista Oliver Sacks² como exemplo de alguém que conseguiu estabelecer uma identificação com um público imenso através da forma apaixonante com que narra as particularidades dos casos que tratou. Outros autores como Marcel Czermak (2009) e Maud Mannoni (2004) também tiveram a preocupação de transmitir sua prática clínica a públicos distintos. Esse tipo de escrita, tão singular, remete-me a importância de se pensar o valor da narrativa clínica na contemporaneidade e refletir sobre os desdobramentos possíveis que as narrativas de experiências clínicas junto a um psicótico podem ter para própria clínica da psicose.

O contato que tive com esse campo, enquanto estagiária que passou pelo Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), levou-me a refletir sobre questões referentes à clínica das psicoses no contexto da reforma psiquiátrica. Em supervisão de estágio na graduação – tido como um espaço de formação clínica e discussão de casos que tínhamos dificuldades de conduzir - éramos convocados a elaborar um texto que falasse dos nossos encontros clínicos. Supervisores(a), orientados(a) por uma perspectiva psicanalítica, chamavam-nos a “uma escrita em que o sujeito comparecesse”. Lembramo-nos das apresentações dos trabalhos finais dos estagiários e de como a diversão e as lágrimas eram produzidas com os relatos singelos, beirando o poético, desses alunos que relatavam seu encontro com a loucura. Palavras cheias de experimentação, espanto, comicidade e drama, que muitas vezes um texto teórico não objetiva e, portanto, não abarca. Algo da memória estava se ressignificando, se transformando e se moldando a partir daquelas palavras, daquelas narrativas. Algo se transmitia a partir desses relatos que me fizeram pensar em como a representação social da loucura é construída por esse grupo de estagiários; em como podemos nos valer dessa espécie de narrativa para transmitir o que há de humanidade na particularidade de cada caso da saúde mental; e em como isso é interesse de todos.

A presente pesquisa visa a fazer uma análise das narrativas contidas em um conjunto desses textos dos estagiários no HPJ do ano de 2006 a fim de pensar que desdobramentos os mesmos têm na memória social da loucura. Sintetizando nossas pretensões em uma pergunta de pesquisa: Que memórias sobre a loucura são discursivizadas por um determinado grupo de

² *Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006; *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu e outras histórias clínicas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. Esses livros são exemplos de várias outras obras do autor que trabalham a partir de casos clínicos.

estagiários do HPJ? Para além disso, há uma intenção política e ética neste trabalho, que é a de pensar que outro lugar é possível para essas narrativas no campo da Saúde Mental. Nosso interesse é refletir, a partir de nossa pesquisa, que uso institucional pode ser feito desses trabalhos para além do que já se faz atualmente. De que outras formas esses textos podem ser apropriados tanto pelo estágio como pela clínica em Saúde Mental? Uma posição que queremos sustentar a partir dessa pesquisa é outros usos que pode essas narrativas podem ter que transcendam a exigência de uma avaliação ou relatório de estágio. Quais conseqüências clínicas e éticas esses textos podem trazer para os profissionais da Rede de Saúde do município de Niterói e para os alunos que estão sendo formados nessa rede?

As análises aqui descritas são feitas por mim – uma leitora não ingênua, atravessada pelos dados, na medida em que fui formada por essa universidade – a Universidade Federal Fluminense – e fiz estágio nessa rede de saúde nesse mesmo período do segundo semestre de 2006 ao segundo semestre de 2007. Também fui convocada a escrever sobre minha experiência de estágio. Foi em meio à leitura dos textos dos meus colegas que me surgiu a questão de pesquisa: que estratégias narrativas (TANNEN, 1989) são essas que provocam tamanho envolvimento nos ouvintes/leitores? Então, não estamos considerando somente as estratégias utilizadas pelos estagiários em sua escrita, mas os efeitos e significados atribuídos pelo(a) leitor(a); neste caso, esta pesquisadora, que já passou por esse estágio e por esse momento de escrita. Falo da justificativa da minha pesquisa, pois não vejo como separá-la da minha análise. Dialogo com os textos; não os observo simplesmente com uma pretensa neutralidade científica. Essa conscientização pode gerar pontos benéficos para pesquisa, mas também esperamos que não impeça o distanciamento mínimo para uma análise frutífera.

Essa dissertação se organiza da seguinte forma: no segundo capítulo, fazemos uma breve contextualização da Reforma Psiquiátrica, seus efeitos na Rede de Saúde Mental de Niterói e no HPJ, a fim de contextualizar essas narrativas escritas dos estagiários em meio ao discurso institucional que as cercam. Há também uma descrição do corpus de pesquisa, especificando que tipo de textos nós analisaremos bem como os recortes efetuados. Apresentamos nosso aporte teórico, trazendo as contribuições de autores da Memória Social – Benjamin (1985) e Gondar (2005) – que pensam a memória também como um fenômeno coletivo, narrativo e processual; da estruturação lingüística das narrativas a partir de Labov (1972) e a análise de narrativas inspirada pela perspectiva teórica da Sóciolingüística

Interacional presente em Tannen (1989) e Mishler (2002) para que possamos compreender como se estrutura a narrativa e que estratégias discursivas ela comporta. No terceiro capítulo se encontra as narrativas de análise na íntegra, a fim de que o leitor possa ter seu próprio encontro com as narrativas dos estagiários. No quarto capítulo descrevemos a construção da metodologia para o tratamento do corpus e empreendemos as análises, identificando recorrências e estabelecendo categorias à luz do arcabouço teórico-metodológico apresentado. No quinto capítulo tecemos considerações finais nas quais identificamos que a temporalidade construída nessas narrativas nos dão notícias da processualidade da própria prática clínica desses estagiários. E, finalmente, fazemos alguns apontamentos para investigações futuras.

2.CONTEXTUALIZAÇÃO, CORPUS E APORTE TEÓRICO-METODOLÓGICO

No presente capítulo contextualizamos brevemente nosso objeto de pesquisa: apresentamos um breve histórico da Reforma Psiquiátrica e da história do próprio HPJ a fim de identificar quais discursos institucionais dão tessitura às narrativas dos estagiários desse hospital que está engajado na Política de Saúde Mental. Discorremos também sobre a construção do corpus de pesquisa e seus recortes. A última parte deste capítulo é dedicada a apresentar o arcabouço teórico-metodológico que ancora as análises e delinea o nosso olhar sobre os dados: trabalho a Memória Social a partir de Benjamin (1985) e Gondar (2005) para pensar a narrativa como uma rememoração coletiva e subversiva, que ultrapassa a função de reconstituir um passado, reinventando-o. Utilizamos o conceito de avaliação de Labov (1972) para pensar como se dá a estruturação de narrativa nos nossos dados. Também adotamos a perspectiva interacional da linguagem e da construção de uma narrativa (Goffman, 2002; Gumperz, 2002) compreendendo a linguagem e a narrativa não como uma representação da realidade, mas como uma construção compartilhada de sentidos que produzem realidades. Incorporamos as contribuições de Tannen (1989), que considera a narrativa como uma estratégia de envolvimento que tem seu sentido construído conjuntamente durante a interação discursiva. Promovemos um diálogo entre narrativa, memória e experiência com as contribuições de Benjamim (1985), Ricoeur (2010) e Mishler (2002), observando que o tempo é o vetor transversal a esses três campos, o que nos possibilita enxergar nas narrativas dos estagiários a construção de memórias e experiências que se constituem ao longo do tempo. Tempo este que vai muito além da cronologia, mas também é construído discursivamente.

2.1 IMPLICAÇÕES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A psiquiatria, desde a sua fundação, respondeu à questão da loucura com a internação e não pôde oferecer outra resposta, que não a asilar, por razão do mandato social de reclusão dos loucos, já que os valores sociais eram os de segregação da diferença. Esse tema do internamento é abordado por autores clássicos como Foucault (1997) e Goffman (2008)³.

³ FOUCAULT, M. *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1997.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2008.

Some-se a isso a questão intrínseca à própria psicose, que é a de ser refratária ao laço social (TENÓRIO, 2001). Além da sociedade não suportar a singularidade não domesticável a que a loucura nos constrange, a própria loucura não consegue responder harmoniosamente às conformações sociais. Tenório nos mostra que o agenciamento social da loucura sempre foi uma questão problemática, para a qual já se formularam respostas institucionais distintas no decorrer da História. Em meio a esse impasse, a reforma psiquiátrica surge com uma proposta de deslocar o foco dos sintomas para o sujeito, tomando a loucura como uma questão de existência. Compreendendo a loucura para além da patologia, como um modo de existir que precisa ser considerado pelo social, o movimento da reforma psiquiátrica, como nos diz o autor, “é uma tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social” (ibid p.11).

A resposta da reforma psiquiátrica se ancora na ideia de que tratar a psicose é uma questão de inclusão social, o que amplia a questão da loucura como sendo concernente não apenas ao campo da psicopatologia, mas também ao da luta pela cidadania. O conceito de loucura, do qual estamos partindo, é o descrito por Tenório: “Na verdade a loucura é propriamente aquilo que aparece no corpo social como não irredutível a outras categorias que tentam dar conta da diferença, do que aparece como incomodamente dissonante” (ibid, 2001, p. 12). Utilizo essa conceituação de loucura não no intuito de desconsiderar toda a fenomenologia psicopatológica apresentada por um quadro psicótico, mas de dar ênfase à questão de que a loucura é aquilo que destoa do funcionamento social.

A Reforma Psiquiátrica surgiu no Brasil na segunda metade da década de 1970, durante o período de redemocratização do país e visava à restauração da cidadania do doente mental (TENÓRIO, 2002). A Reforma Psiquiátrica funda-se tanto devido à crise no modelo de assistência dessa época que era centrado no hospital quanto pelos movimentos sociais em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos, da denúncia da violência nos manicômios e da mercantilização da loucura por parte de uma hegemônica rede assistencial privada que lucrava com a manutenção da internação⁴. A experiência italiana de desinstitutionalização psiquiátrica com a crítica radical ao modelo hospitalocêntrico foi uma inspiração para o movimento da Reforma aqui no Brasil. No final da década de 1980 e início de 1990 começa

⁴ A maioria das informações contidas nesta pesquisa baseia-se no seguinte documento do Ministério da Saúde: *Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reformapsiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.*

um processo de construção de uma outra rede de cuidados, substitutiva aos manicômios, como a criação do Caps (Centro de Atenção Psicossocial) e o início de intervenções em hospitais psiquiátricos onde havia denúncias de maus tratos e mortes de pacientes.

O movimento da Reforma no Brasil passou por várias modulações até que chegasse ao que é hoje, com uma legislação em Saúde Mental (Lei 12.216/2001), que propõe uma nova política de assistência aos pacientes com transtornos mentais⁵. Tem-se, então, por saúde mental o sentido de uma rede social como instrumento de aceitação da diferença e não de normalização do social (TENÓRIO, 2002). Atualmente pensa-se um tratamento que mantenha o paciente na comunidade e não recluso na instituição psiquiátrica. Lança-se mão da comunidade como recurso terapêutico e não em substituição ao asilamento (Ibid). Na época da ditadura no Brasil, o que prevalecia como assistência ao doente mental era a internação com uma característica peculiar de privatização dessa assistência. As internações psiquiátricas públicas eram feitas majoritariamente em clínicas privadas e conveniadas ao Estado, onde havia um interesse no maior número de internações assim como em internações prolongadas. O processo da Reforma, nos anos de 1980, começa a amadurecer: amplia-se o envolvimento social com esse processo, tem início a proposta de reformulação legislativa “e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental” (Tenório, 2002, p.34). Há nesse período conferências e encontros discutindo esse tema que gera o Movimento da Luta Antimanicomial em 1987: a sociedade é convocada a discutir novas formas de se relacionar com o louco. A clínica psiquiátrica é revista em suas bases, tendo por intuito não aperfeiçoar as estruturas tradicionais, mas inventar novos dispositivos de cuidado para com a loucura.

Hoje há outro aparato – para ser mais específica, uma rede - de Estado que tenta dar conta da psicose a partir dessas premissas: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os ambulatórios ampliados e o próprio hospital psiquiátrico são pontos nodais dessa rede que não só construiu uma “outra resposta social à loucura”, como uma outra concepção de loucura: uma questão de cidadania. É importante destacar que a Reforma Psiquiátrica, como uma diretriz de Estado, é relativamente recente. A lei 10.216 que redireciona o modelo de assistência em Saúde Mental e dispõe dos direitos dos doentes

⁵ Para maior aprofundamento sobre o tema da Reforma Psiquiátrica ver: AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1999.

mentais é de 2001. O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil deixou de ser uma “proposta alternativa” para ser uma política assistencial oficial do Estado (BEZZERA, 2007). Atualmente há mais de mil e seissentos Caps espalhados pelo país⁶ e, apesar das dificuldades encontradas na implementação dos padrões de universalidade e equidade do SUS, tem sido notória a mudança na rede de atenção psiquiátrica no Brasil, que ainda tem a presença do hospital.

O manicômio, a clausura, a exclusão social, a psiquiatria, a Reforma, a desospitalização, os CAPS, as residências terapêuticas... São esses e outros dispositivos que dão tessitura ao longo da história à produção de memória em torno da loucura. Agora, nos transportando ao nosso campo específico de interesse, cabe compreender como estagiários de um hospital psiquiátrico, inserido no âmbito da Reforma Psiquiátrica, discursivizam a psicose.

2.2 REFLEXOS INSTITUCIONAIS NO DISCURSO DA SAÚDE MENTAL

Nosso objeto de pesquisa é fruto do encontro entre institucionalidades distintas, a saber: o hospital psiquiátrico (HPJ) e a universidade pública UFF (Universidade Federal Fluminense). Os textos a serem analisados por mim foram produzidos por alunos universitários em estágio num hospital psiquiátrico do município de Niterói. Faz-se necessário não só explicitar melhor nosso objeto, mas também as relações entre as instituições que o engendram. Já no começo da procura por informações para essa contextualização, tivemos muita dificuldade em conseguir documentos com informações a respeito da relação institucional da Universidade com o Hospital. Em minha procura, a Divisão de Ensino e Pesquisa do hospital respondeu não ter nenhuma documentação e nos remetia à Secretaria de Saúde do Município. Essa dificuldade por nós enfrentada já é um dado relevante sobre como as instituições lidam com suas memórias, pois as narrativas que aparecem e as que são silenciadas constroem identidades em torno da instituição (Linde, 2008).

Foi-nos informado pela Divisão de Ensino e Pesquisa do hospital (DEP) que foi firmado um grande convênio, por volta dos anos 2000, entre a Fundação Municipal de Saúde e a UFF, mas não se tinha certeza se havia alguma cópia desse documento no hospital. A

⁶ Informação retirada de: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_1_21caps_uf_dez.pdf

maioria das informações que conseguimos coletar foi extraída de uma entrevista que fizemos em novembro de 2010 com Eduardo Rocha - diretor do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba - sobre a entrada das instituições de ensino no Hospital, e de outra entrevista com o mesmo Eduardo Rocha, publicada no número 4 da Revista de Psicopatologia Fundamental⁷, em que ele conta brevemente a história do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Segue um resumo da história dessa instituição na seção seguinte.

2.3 HISTÓRIA DO HPJ E COMPOSIÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL EM NITERÓI

O Hospital Psiquiátrico de Jurujuba foi fundado em 1953 na cidade de Niterói (RJ) com administração do governo do Estado. No início dos anos 60, o hospital cedeu uma parte de suas enfermarias à Universidade Federal Fluminense para os cursos de Enfermagem, Medicina e Serviço Social, com fins acadêmicos. Nesse período iniciou-se o ensino de psiquiatria no Hospital de Jurujuba e a assistência desses pacientes era provida pela universidade. Começou a Residência Médica no Hospital. Esse trabalho durou cerca de quinze anos. Com a mudança de direção no início dos anos 1980, o acordo com a Universidade não foi renovado. Em 1991 o Hospital foi municipalizado e todo o trabalho de ensino e profissionalização sustentado pelo Estado não pôde ter continuidade com o gerenciamento do município. Só em 1995 a residência médica é retomada no Hospital. No início dos anos 2000 foi firmado um grande convênio entre a Universidade Federal Fluminense e a rede Municipal de Saúde de Niterói, o que possibilitou, entre outras coisas, o estágio curricular de graduandos de psicologia, serviço social e enfermagem na rede de saúde mental do município.

A rede de Saúde Mental de Niterói é composta por ambulatórios (serviço de Saúde Mental com consultas agendadas), CAPS (Centros de Atenção Psicossocial que oferecem espaço de convivência; refeições e atividades terapêuticas), Capsi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), CapsAd (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), Residências Terapêuticas (moradia assistida a pacientes psiquiátricos que não têm suporte familiar e que atualmente está sendo ampliado com o auxílio do Programa de Aceleração do Crescimento do

^{7 7} ROCHA, E. C. A atualidade da instituição psiquiátrica. In: *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*. Ano VI, n. 4, p. 157-163, dez/2003.

Governo Federal) e os serviços que compõem o Hospital, que são: emergência psiquiátrica 24 horas; enfermarias de agudos (pacientes em franca crise psíquica) em alas masculina e feminina; Albergue (pacientes sem suporte familiar, institucionalizados há anos, mas com algum tipo de circulação social; vislumbra-se a possibilidade de irem para Residência Terapêutica) e Longa Permanência (pacientes crônicos; totalmente dependentes da instituição para gerir sua vida e sem suporte familiar). Além desses serviços, há também as Oficinas Integradas que fomentam junto aos pacientes a geração de renda através do artesanato e o ERIJAD (Equipe de referência infanto-juvenil para ações de atenção ao uso de álcool e outras drogas) que atua junto a outras instituições de assistência do Município no cuidado à crianças e adolescentes em uso de álcool e drogas. Todos esses serviços extra-hospitalares que citamos parecem estar em consonância com o projeto de Reforma Psiquiátrica no Brasil, que visa à extinção do Hospital Psiquiátrico e à criação de serviços substitutivos que têm por objetivo a recuperação do paciente pela inserção no social e não pelo asilamento em instituições fechadas.

2.4 DISCURSO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JURUJUBA

Entendemos que não só as vivências dos estagiários junto a pacientes psiquiátricos constroem suas narrativas, mas também os discursos produzidos pelas instituições, no caso, o hospital e a universidade. No texto intitulado “A atualidade da instituição psiquiátrica”⁸, Eduardo Rocha, diretor do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba há 18 anos, fala sobre a instituição. O autor propõe uma atualização da função do hospital psiquiátrico. Visto que estamos no âmbito da Reforma Psiquiátrica e da Saúde Mental, que defendem como inequívoca a possibilidade de se construir uma rede de cuidados efetivamente substitutiva da instituição psiquiátrica⁹, tem-se um embate político entre discursos oscilantes: da extinção total à resignificação do hospital psiquiátrico.

⁸ Ibid.

⁹ “Por uma sociedade sem manicômios”: esse foi o lema adotado no II Congresso do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (1987), o que já nos mostra o posicionamento da nascente Reforma Psiquiátrica no Brasil ante o hospital psiquiátrico.

É muito curioso o discurso de Rocha como diretor do hospital: sua escrita é resultado de um seminário comemorativo de 50 anos do Hospital, em cujo texto o autor fala como hoje é peculiar comemorar o fato de existir um hospital psiquiátrico em meio a tantos esforços em extingui-lo. O autor esclarece que não está contra a Reforma Psiquiátrica, mas compreende que talvez não possa prescindir do hospital psiquiátrico para que a Reforma se dê efetivamente.

No entanto, a falência de certos modos de institucionalização não quer dizer que podemos dispensar-nos dessas instituições [...]Então, estamos aqui na contramão dessa corrente [*de se festejar o fechamento dos hospitais psiquiátricos*], porém não em posição antagônica, comemorando um tempo de existência desta instituição, e procurando refletir sobre sua função e lugar num tempo em que o próprio objeto da psiquiatria vem sofrendo grandes mudanças (ROCHA, 2003, p. 157).

Tal afirmação nos conduz a outro tipo de compreensão sobre o que pode ser uma instituição psiquiátrica, na contramão de todos os esforços - até mesmo públicos - de extinguir a instituição psiquiátrica no país. Essa fala, vinda de uma figura oficial da instituição, já nos dá indicativos diferenciados quanto à produção de memória construída nesse lugar. Ao longo do artigo, Rocha descreve um panorama em que, com a Reforma, o hospital psiquiátrico não vem sendo extinto, mas atualizado no Brasil. O autor compreende que as tipologias clínicas da atualidade, tais como as toxicomanias, as depressões e os transtornos alimentares não podem prescindir da instituição psiquiátrica hospitalar. É curioso, pois menciona a extinção dos manicômios como se isso estivesse claramente previsto em lei (10.216); contudo, esta possibilidade comparece somente como uma das diretrizes defendidas pela Política de Saúde Mental no Brasil¹⁰. A ausência, no texto da lei, da extinção dos hospitais já era fruto de divergências políticas e da compreensão do que poderia ser a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Vê-se que houve todo um investimento público nos serviços extra-hospitalares e uma redução progressiva dos leitos psiquiátricos. A compreensão acerca do que pode ser um hospital psiquiátrico no âmbito da Reforma Psiquiátrica no Brasil não é unívoca.

¹⁰ Ver http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf. Acessado em: 01 de fevereiro de 2011.

Toda essa movimentação política anti-manicomial tem uma justificativa histórica sobre a qual falamos anteriormente, pois os hospitais psiquiátricos, principalmente a partir da ditadura, mantinham os pacientes em regime de reclusão em condições insalubres. Atualmente esses tipo de situações ainda acontecem em alguns hospitais. Somado a isso havia os interesses das clínicas privadas conveniadas ao governo federal de manter os pacientes internados por tempo indeterminado, que ignoravam a perspectiva de tratamento e socialização.

A crítica ao modelo hospitalocêntrico sofre uma inflexão com essas considerações de Rocha, que reconfigura a função do Hospital Psiquiátrico no contexto mesmo da Reforma Psiquiátrica. Houve todo um movimento reformista em que o discurso central era a extinção dos hospitais¹¹ e observa-se que, a partir da fala de um gestor em saúde mental, o hospital psiquiátrico pode ter lugar e função no próprio campo da Reforma, tanto que forma profissionais nessa perspectiva. Temos um paradoxo em meio à implementação política de Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois surge, em um determinado hospital, uma prática e um discurso que põem em cheque a própria justificativa de extinção do manicômio. Por outro lado, poderíamos pensar que a atualização do hospital de Jurujuba não seria possível sem o discurso antimanicomial da Reforma. É em meio a esses discursos que memórias são tecidas e confrontadas no campo social. Assim como Rocha diz que não podemos prescindir do hospital para que a Reforma se dê, possivelmente também não se pôde prescindir do ideal antimanicomial para que a atualização do HPJ acontecesse. É também em meio a esse discurso que os estagiários – profissionais em formação - estão inseridos, para além da experiência que têm junto a um psicótico. Transbordando a experiência clínica cotidiana, há um discurso institucional que perpassa essas práticas clínicas e afirma qual é a função desse hospital, desse serviço intra-hospitalar e de seus técnicos, incluindo também os estagiários.

Além das eventuais desventuras frente a um psicótico e do desafio de acompanhá-lo clinicamente, vêem-se as tensões entre discursos institucionais que atravessam a experiência

¹¹ BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

HIRDES, A. *A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão*. Revista Ciência&Saúde Coletiva vol. 14(1), p.297-305, 2009.

desses alunos. Podemos relacionar essas imbricações individuais e institucionais com o conceito de Memória Coletiva de Halbwachs (1990) - sobre o qual falaremos mais adiante - pois é no contexto das relações que construímos nossas lembranças. No caso da nossa pesquisa, o registro escrito da rememoração desse grupo de estagiários é tecido não somente pela experiência individual, mas também em meio a discursos institucionais.

Somado à experiência individual e coletiva/institucional, há também o discurso enunciado pelos supervisores da universidade, que se orientam pela clínica psicanalítica. O fato dos supervisores de estágio serem orientados pela psicanálise faz com que compreendamos essas narrativas como estando circunstanciadas a esse campo teórico. Essa relação entre psicanálise e psiquiatria – que integra o campo da Saúde Mental – não é tão recente, mas data do fim do século XIX.

A psicanálise, de fato, ia ganhando cada vez mais terreno na psicopatologia, e era parte de sua própria natureza apresentar-se como um sistema explicativo que visava à completude e não era desprovido de imperialismo (BERCHERIE, 1989, p.316).

Nos dados desta pesquisa, observamos o uso de termos da psicanálise e, como discorreremos mais adiante (tópico 3.2), considerarei a psicanálise um esquema de conhecimento (TANNEN&WALLAT, 2003) comum a todos os narradores com base nas evidências discursivas presentes nos textos (as expressões, por exemplo) que nos remetem explicitamente à presença das orientações dessa perspectiva teórica.

2.5 CONSTRUÇÃO DOS DADOS

Os estagiários da Rede de Saúde Mental de Niterói, ao final de seu período de estada no serviço (dois semestres), escrevem um texto ao finalizarem o período de um ano em estágio supervisionado. É pedido que não se faça um texto teórico, mas que se conte sua experiência de estágio. É sobre esses textos que recai nosso interesse principal. Intentamos analisar os textos dos estagiários de saúde mental da Universidade Federal Fluminense que ficaram alocados nos serviços do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba do segundo semestre de 2006 ao segundo semestre de 2007, época em que todos os estagiários da graduação eram do

curso de Psicologia. Essa foi uma das características fundamentais que orienta o recorte do corpus, pois todos os estagiários estavam regidos tanto pela mesma ementa de estágio quanto vinculados ao mesmo corpo de supervisores que solicitavam e avaliavam os referidos textos. É preciso, antes, que retornemos ao processo de seleção do estágio a fim de compreender melhor as condições de produção desses textos.

No sexto período de psicologia, os alunos cursam uma disciplina intitulada Introdução ao Estágio Supervisionado, em que todos os estágios curriculares disponibilizados pela universidade são apresentados aos alunos – entre eles o Estágio em Saúde Mental – para que, ao final do período, escolham o estágio de seu interesse ainda que seja preciso passar por uma seleção caso o número de interessados ultrapasse o número de vagas disponíveis. A carga horária do estágio em saúde mental é de 20 horas semanais, incluindo um turno de quatro horas reservado para a supervisão com os professores da universidade. Havia, em média, 20 vagas disponíveis para estagiários na Saúde Mental e quatro professores da universidade como supervisores de estágio. Quando se entra no estágio em saúde mental, pode-se ir para um dos vários serviços da rede de saúde do município desde que haja vagas disponíveis. Os serviços vão desde ambulatorios (consultas agendadas) até a enfermaria de agudos (acompanhamento intensivo de pacientes em crise). O único lugar da rede em que não há estagiários de graduação é a emergência psiquiátrica do Hospital, mais conhecida como SRI (Serviço de Recepção e Intercorrência).

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Unirio, fui a campo em busca dos dados. Tive acesso aos textos na Biblioteca do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, o que só é permitido aos estagiários e residentes da Rede Saúde Mental do município, devidamente cadastrados na biblioteca. Como me encontrava ainda na condição de aluna, foi-me permitido fazer a seleção dos textos bem como tirar cópias dos mesmos.

Tive contato com mais de 50 textos na Biblioteca. Compreendendo que a produção escrita dos estagiários de toda a rede de saúde consistiria numa quantidade enorme de dados, optamos por fazer um recorte para uma análise mais cuidadosa. Selecionamos somente os trabalhos dos estagiários de serviços intra-hospitalares, que consistem em: enfermarias masculina e feminina; Albergue e Longa Permanência do Hospital de Jurujuba. Esse recorte do nosso objeto de pesquisa também está pautado em um refinamento quanto ao nosso interesse de pesquisa, pois a escolha dos textos de estagiários inseridos num ambiente

psiquiátrico-hospitalar se dá pelo fato de este ambiente ser povoado de pacientes em crise, em sua maioria, psicóticos ou em processo de demência: experiências limítrofes na psicose. Nosso interesse é analisar como o encontro com essas situações, no âmbito da realidade de uma instituição psiquiátrica, é narrado pelos estagiários. Restaria ainda, uma questão a ser respondida: Depois de descrita a relevância da Reforma Psiquiátrica no Brasil que prima pela extinção do manicômio, porque pesquisar um lugar de internação? Precisamente pela singularidade do HPJ em meio à Reforma, como já foi mencionado, é que nos detivemos nas narrativas intra-hospitalares. Como é narrativizado o acompanhamento de uma internação num hospital que é engajado na Reforma? Esse também é um questionamento que circunscreve nosso recorte dos dados. Nosso argumento é que a memória coletiva acerca do que é uma internação psiquiátrica pode tomar outras configurações a partir da narrativa desses estagiários.

Com o recorte que estabelecemos para melhor delinear nosso objeto, chegamos a um corpus de 10 textos. Comecei a montar um quadro geral desses textos e verifiquei novamente a necessidade de fazer mais um recorte, pois a quantidade de dados para análise era enorme. A montagem desse quadro geral possibilitou-me, por um lado, perceber a necessidade de mais um recorte. Por outro, configurou-se como a ferramenta que me auxiliou na nova seleção que fiz dos textos. Identifiquei algumas características peculiares nos textos que mereciam um aprofundamento analítico, a exemplo do uso do diálogo construído, repetição e detalhamento que veremos a partir da seção 3.1. Após esse recorte final três textos foram selecionados para análise.

Numerei os textos de forma aleatória, de modo que não nos referiremos aos textos pelo nome do autor ou pelo título, mas pela numeração. Numerei também as páginas e os parágrafos, sendo que, no momento em que me referir a algum trecho de um dos textos, utilizarei essas marcações para facilitar a localização do segmento em discussão. Foi feito o uso de pseudônimos ao longo dos textos para preservação de todos os envolvidos. Os textos integrais encontram-se nos anexos (Anexos 1, 2 e 3). Optei por não colocar parte do texto 3 a fim de preservar a identidade da paciente L. que tem um nome pouco usual: essa parte específica do texto é permeada por questões da paciente a respeito do seu próprio nome. Esse foi um dos impasses que encontrei ante a apresentação dos dados. Os textos, de forma geral,

têm uma média de nove páginas, em sua maioria subdividido em seções, com apresentação de diálogos (diretos e indiretos) e escritos na primeira pessoa do plural.

Antes de empreender a análise, faz-se necessário delinear a perspectiva com a qual nos dirigimos para esses textos: os fundamentos teóricos que norteiam nossa pesquisa.

2.6 APORTE TEÓRICO-METODOLÓGICO

No campo da Memória Social, trabalharemos a dimensão temporal dessa memória (GONDAR, 2005) constituída socialmente e que não somente constrói um passado como viabiliza um futuro. A partir dos conceitos de narrador e experiência cunhados por Walter Benjamin (1985), discutiremos questões concernentes à processualidade e ao esmaecimento da memória. Neste trabalho visamos abordar a produção de memória em torno da loucura, não a partir do conceito de memória como atributo psicológico do indivíduo, mas como um processo social que interliga aspectos psíquicos com determinantes sociais (SANTOS, 1998). Abraçamos conceitos que diluem as fronteiras entre fenômenos individuais e sociais.

Partimos do conceito de memória social como sendo uma polissemia (GONDAR, 2005) - uma composição feita de várias vozes teóricas - e não como pertencente somente ao campo da psicologia cognitiva: logo, vê-se a mesma como um fenômeno coletivo e social. A memória social não deve ser confundida com a idéia de senso comum, mas compreendido como um conceito complexo em permanente movimento e abertura. Essa multiplicidade de vozes e contínua movimentação não implica necessariamente perda de rigor metodológico do conceito, mas possibilita, em meio ao atravessamento de diferentes disciplinas, criar um novo campo problemático que não está contido em nenhuma delas, que neste caso é a memória social (ibid). A esse atravessamento fecundo de diferentes saberes denominamos transdisciplinaridade:

A memória social, como objeto de pesquisa passível de ser conceituado, não pertence a nenhuma disciplina tradicionalmente existente, e nenhuma delas goza do privilégio de produzir o seu conceito. Esse conceito se encontra em construção a partir dos novos problemas que resultam do atravessamento de disciplinas diversas (GONDAR, 2005).

Visto que é uma produção transdisciplinar, da qual emerge o conceito de memória social, podemos concluir que tal conceito não é unívoco já que não surge de um diálogo consensual entre diferentes disciplinas, mas instaura novas questões que nenhuma das disciplinas - como a Psicologia, a Sociologia, a História e etc. - pode dar conta por si mesma.

A fim de discutir a relação entre narrativa e memória escolhemos trabalhar com Walter Benjamin com seu conceito de experiência (1985), Paul Ricoeur (2010) com a sua teoria da intriga e Mishler (2002) com o ponto de virada e sentido de final. Memória a partir desses autores, se relaciona com temporalidade (ver seção 2.6.2) ou, em outros termos, com a processualidade que estrutura a prática narrativa.

Uma das perspectivas fundadoras relacionadas à memória foi a de Maurice Halbwachs, pois sua assertiva central era a de que a memória individual existe sempre a partir de uma memória coletiva, visto que todas as lembranças se constituem no interior de um grupo, em que as lembranças dos outros podem reorientar nossas lembranças: “Para evocar seu próprio passado, em geral a pessoa precisa recorrer às lembranças de outras, e se transporta a pontos de referência que existem fora de si, determinados pela sociedade”. (2006, p. 72). O indivíduo, mesmo que esteja sozinho, só terá sua lembrança construída em relação com o meio social. Aqui encontramos uma articulação com a nossa pesquisa, pois quando narro/escrevo pressuponho um leitor/ouvinte e faço minhas escolhas discursivas a partir desse pressuposto. Assim como somente a pressuposição de um ouvinte/leitor traz certas determinações ao discurso, também o ouvinte/leitor, diante de nossas narrativas, atribui seus próprias interpretações ao que foi enunciado. Quando exponho meus pensamentos, os mesmos estão afeito à intervenções e modulações. A memória não é a reconstituição das lembranças passadas, mas é também as modulações dessas mesmas lembranças a partir das conformações sociais do presente.

Quanto à metodologia de análise dos textos, partiremos da Análise de Narrativas, lançando mão do conceito de avaliação de Labov (1972), conceitos de tempo-narrativo experiencial e pontos de virada de Mishler (2002) que se ancora na obra Tempo e Narrativa de Paul Ricoeur (2010), buscando compreender os meandros entrelaçados na construção narrativa, tanto na produção de sentidos quanto na de identidades. Usaremos também a concepção de discurso co-construído da Sociolinguística Interacional que é essencial as

noções de repetição e esquemas de conhecimento abordadas por Tannen (1989). A próxima seção será dedicada a explicitar esses conceitos.

2.6.1 VISÃO INTERACIONISTA DA LINGUAGEM

A Sociolinguística Interacional surge na década de 60, a partir dos escritos do sociólogo Erving Goffman (1922-1982), influenciado pela microssociologia de Georg Simmel com o objetivo de fazer do discurso oral um objeto de estudo. Faz-se na microssociologia uma análise micro das relações interpessoais ao passo que a macrossociologia se ocupa dos padrões abrangentes da organização social. Encara-se a sociedade não como uma substância, mas como um acontecimento; uma interação que pressupõe reciprocidade e influência mútua (Simmel, 2006). Faz-se, entretanto, necessário uma delimitação mais precisa acerca do conceito de interação.

A interação pressupõe influência mútua (SIMMEL, 2006); uma ação que produz alguma espécie de comunicação. Logo, o discurso é fruto não de um indivíduo, mas seria algo construído conjuntamente nas relações sociais. Se a interação e o discurso pressupõem as relações sociais, podemos considerar a linguagem como o que está para além do verbal. O conceito de interação a partir da microssociologia de Simmel confere à linguagem atributos que ultrapassam as palavras e a verbalização, pois considera o linguístico como uma ação que é dirigida ao outro, ou que é passível de ser interpretada pelo outro. Esse “outro” já constitui uma questão não somente concernente à linguística, mas também à sociologia. É dessa perspectiva da Sociolinguística Interacional que compreendemos também a interação: não restrita somente ao uso da palavra mas, em sentido mais vasto, estar visível ao outro ou ser passível de ser captado por quaisquer de nossos sentidos (GOFFMAN, 1969). Vê-se que a língua aqui não tem o sentido de idioma, mas, antes, é considerada como uma instituição social e uma parte constitutiva da cultura; por isso a relação que fazemos entre sociedade e linguagem é tão intrínseca uma a outra. Dito isso, já podemos nos localizar minimamente quanto ao próprio nome da perspectiva para a análise do discurso que adotamos: Sociolinguística Interacional.

A interação produz discurso, mas a construção do discurso é engendrada em meio a um incessante processo de negociação entre falantes e ouvintes. Goffman (2002) propõe uma reestruturação das noções de falantes e ouvintes, a fim de que se tenha uma conceituação mais complexificada, visando à superação da dicotomia falante x ouvinte: se entendemos a interação como podendo dar-se sem som, o falante não é somente aquele que faz uso da palavra sonora, e o ouvinte se caracteriza para além da intencionalidade de ouvir. Tem-se, então, uma dissolução das delimitações de papéis desempenhados no discurso. Percebe-se, desse modo, que as identidades são papéis construídos e atualizados discursivamente, uma vez que nem as categorias falante e ouvinte estão bem delimitadas, deslizando o tempo todo em meio à construção discursiva. Podemos perceber um deslizamento da mesma ordem em relação a outros papéis sociais que permeiam a interação discursiva.

Não há somente negociação de identidades, mas de sentidos. Não somente deslizamentos de papéis sociais se dão durante a interação, mas também de significados. Em meio a esses deslizamentos, rastros comunicacionais são deixados. Nesse campo interativo de visibilidade do eu e do outro - onde ocorre a comunicação - as pistas de contextualização são as que viabilizam e tensionam tal comunicação. As pistas de contextualização no discurso, conceito cunhado por Gumperz (2002), podem ser explícitas, implícitas, verbais ou não verbais. Elas sinalizam como se quer ser interpretado e que caminhos o ouvinte pode usar para interpretar. Entonações, gestos, olhares, pausas, hesitações, posturas, além, evidentemente das expressões linguísticas, são alguns exemplos de pistas. Elas criam pressuposições contextuais, que são fruto de convenções sociais; apontam determinadas interpretações relativas aos nossos propósitos conversacionais ou pontuam inferências dos propósitos do nosso interlocutor. Há certos vazios na comunicação de onde saltam essas pistas de contextualização entre falantes e ouvintes, o que pode causar tanto uma adequação situacional quanto vários mal-entendidos. Assim, a interação não determina o significado, mas restringe as interpretações.

É relevante destacar que essas pistas de contextualização no discurso oral não são axiomas linguísticos, como ocorre com o conceito de língua – estruturante e invariante – na linguística saussuriana. Tais pistas são, ao contrário, graduais, processuais e socialmente compartilhadas.

Estou ciente de que a Sociolinguística Interacional e conseqüentemente o conceito de pistas de contextualização foram cunhados no âmbito do discurso oral, mas aproprio-me dessa perspectiva interacionista a fim de aplicar nos meus dados escritos. Compreendemos que há reciprocidade entre leitor e texto: tanto o leitor pode ser modificado pelo que lê como o texto pode ter interpretações diversas produzidas pelo leitor. A utilização de diálogo construído (discurso direto com uso de travessão), por exemplo, pode ser considerada uma pista de contextualização que restringe as interpretações por parte do leitor, como veremos na seção 3.2.2.

Veremos mais adiante na seção 3, dois conceitos fundamentais da Sociolinguística Interacional para análise de nossos dados: os esquemas de conhecimento (TANNEN&WALLAT, 2002), que evidenciam as transformações da memória no decorrer da narrativa, e as estratégias de envolvimento (TANNEN, 1989) que são recursos discursivos que implicam interação com o ouvinte/leitor. Entendemos que seria mais frutífero o aprofundamento desses conceitos no momento da análise dos textos.

2.6.2 NARRATIVA: CRONOLOGIA E SENTIDO DE FINAL

Ao abordamos a interação enquanto situação social que produz discurso, torna-se produtivo discutir a noção de narrativa, pois podemos considerá-la uma forma privilegiada do discurso por talvez ser o único exemplo de evento de fala bem formado (LABOV, 1972). Nosso trabalho privilegia as discussões em torno de narrativas, pois entendemos ser um terreno fértil para a análise dos nossos dados. Antes, no entanto, é importante recorrer a alguns autores na tentativa de se delinear o que queremos realmente destacar em nossos dados quando nos utilizamos do termo narrativa, que não tem um sentido unívoco (RIESSMAN, 2008). O termo narrativa carrega vários significados e é usado de modos variados por diferentes disciplinas (Ibid, 2008, p.3). Há que se estabelecer alguns limites em torno de tal conceito.

William Labov foi quem inaugurou pesquisas interpretativas no campo da linguística nos anos de 1960. Sua perspectiva estrutural entendia a narrativa como um fenômeno de recapitulação de experiências vividas de fato, calcadas nas relações lógicas de causalidade e de concepção temporal cronológica, remetendo a um acontecimento específico e não a hábitos

passados ou ações recorrentes (BASTOS, 2005). Nessa afirmação percebe-se que há uma compreensão da linguagem como uma representação ponto a ponto da realidade e não a construção de uma realidade. É relevante sublinhar que a concepção de linguagem, como representação ou como construtora da realidade, também pode ser articulada com o campo da Memória Social que pode ser entendido como sendo um arquivo ou um campo criativo. Tanto a memória como a linguagem não são constituídos de significados pré-existentes, mas são campos abertos a sentidos múltiplos que são construídos e desconstruídos a todo instante em meio às interações sociais.

Labov procura explicitar a narrativa em seus componentes, de uma perspectiva estruturalista, ao identificar as partes constitutivas presentes nesse gênero discursivo. Já na abordagem sociointeracional, a ênfase maior recai sobre o contexto de produção e o engendramento dessas narrativas na construção discursiva oral ou escrita.

Uma narrativa, para Labov, precisa ter, no mínimo, duas orações ligadas numa sequência temporal; ter um ponto (razão pela qual ela é relatada); e ser contável (fazer referência a algo fora do ordinário). Outros elementos optativos que podem estruturar uma narrativa é o resumo (sumariza os eventos que virão a seguir), a orientação (contextualiza a cena narrada ao indicar tempo, lugar, pessoas, circunstâncias) e a coda (anuncia o fim da narrativa). O tempo cronológico - de sucessão linear de instantes - é o que alinha essa teorização, pois o elemento obrigatório da narrativa, a ação complicadora, é concebido nessa perspectiva. A ação complicadora se constitui por uma “sequência de enunciados temporalmente ordenados que remetem a eventos passados e que tipicamente se constroem com verbos no passado” (BASTOS, 2005, p.75).

Outro componente estruturante da narrativa é a *avaliação*, que contém a carga dramática, nos informa o clima emocional da narrativa e traz um indicativo quanto ao ponto da mesma (BASTOS, 2005). Pode-se identificar uma avaliação no momento em que o narrador se afasta da cena narrada e se dirige à audiência fazendo considerações sobre o que está contando. Este é um componente que julgamos potencialmente útil como ferramenta de análise neste estudo, pois podemos observar qual a compreensão que o narrador tem das cenas que narra e que estratégias discursivas (TANNEN, 1989) ele utiliza para construir o clima emocional que intenta transmitir aos leitores. Para exemplificar, nos reportamos aos dados. No texto 3 a narradora faz as seguintes avaliações:

L. (a paciente) se vincula a mim através de minhas roupas e adereços. E durante o acompanhamento ela começa a fazer um vínculo comigo através da especularidade... O que eu tenho observado é que ela tem se vestido em melhor alinho, combinando melhor as roupas (Texto 3, #35 e 36)¹².

A narradora se alinha como espelho para a paciente e avalia que isso tem resultados positivos para o acompanhamento do caso.

Uma das críticas à teorização laboviana é a de que não se contextualiza a narrativa. Fala-se dos elementos estruturantes da narrativa, mas desconsidera-se o contexto em que a narrativa é engendrada. As injunções contingenciais são estruturantes e são condição de possibilidade para que uma narrativa possa advir. Mais uma vez faço referência aos dados: no texto 2 o autor conta uma cena inusitada no final do parágrafo 13 e por todo o parágrafo 14. *“... o paciente riu, e eu me despedi. Não conseguia entender o que lhe havia provocado o riso... Eu não havia planejado minhas respostas, não consigo saber o porquê de eu ter respondido daquela forma e porque ele riu”* (#14). O narrador traz uma situação em que não sabe precisar a causalidade entre os eventos; a única avaliação possível é dizer que não sabe o que ocorreu naquela cena embora ela tenha produzido efeitos inesperados no paciente, tornando-se relevante narrar esse episódio. Uma situação contingencial foi estruturante para a construção de uma narrativa. É porque fugiu do ordinário e corriqueiro que a cena se tornou digna de ser contada. Talvez a própria não compreensão do fato tenha tornado-a reportável, por ser tornar um enigma, uma interrogação ainda por ser respondida.

Outro ponto a ser considerado é a falta de problematização da relação entre o evento passado, a memória e a narrativa; logo, trabalhar com a perspectiva de Labov em sua inteireza traz complicações junto à abordagem de memória social que utilizamos. O pressuposto laboviano de que a linguagem é uma representação de um evento passado entra em conflito com as nossas discussões a respeito da memória social, entendida não como uma mimese do real, mas como uma incessante construção (GONDAR, 2005). Pensar narrativa e memória desvinculadas de uma reconstituição do passado e constituindo-se como uma construção processual é um ponto fundamental de onde partimos. A concepção representacionista da linguagem que a considera como representação do real é adotada por Labov. Cabe ressaltar

¹² Essa numeração dos parágrafos foi um recurso que facilitou o processo de análise, então resolvi manter nos textos anexos.

que os autores são produto das questões do seu tempo como destaca Abreu (2005)¹³, mas nos apropriamos de alguns pontos de sua teorização que julgamos importantes para análise dos nossos dados a partir dessa visão contextualizada de seus conceitos.

A perspectiva experiencial de Mishler (2002) faz uma crítica à abordagem estrutural e à sua concepção de tempo cronológico preconizada por Labov. O autor entende que a linearidade e a causalidade não dão conta da complexidade das experiências humanas, que são marcadas pela fragmentariedade em contínuo fluxo. Mishler propõe uma nova categorização do tempo narrativo como sendo experiencial, em que a narrativa, mais do que o relato de fatos que se sucedem, é uma história que se ressignifica à medida em que ela é contada: o fim pode redimensionar o começo da narrativa. Em seu texto “Narrativa e identidade: a mão dupla do tempo”, Mishler discute a função da ordem temporal nas narrativas. Para o autor, há outra temporalidade - que não somente a cronológica - regendo a narrativa: a saber, o tempo narrativo/experiencial visando construir o que ele chama de *ponto de virada*. Há aí um deslocamento de abordagem: o foco de interesse não é a estrutura da narrativa (como no caso da perspectiva laboviana), mas sua temporalidade. Ao fazer tal deslocamento, Mishler se utiliza do conceito de enredo de Paul Ricoeur (1980): o enredo é o que humaniza o tempo, tendo a narrativa não somente uma relação com o passado, mas com o presente. O passado se torna reportável aos ouvintes do tempo presente através do enredo. Seguindo essa direção, o autor traz também a expressão “sentido de final” (MISHLER, 2002) que evoca a ideia de que narrar uma experiência é começar pelo fim, pois é a partir da situação atual que se faz uma retrospectiva. Vale destacar que o *sentido de final* possibilita a articulação da narrativa com a memória e a discussão sobre a construção de um passado tendo o presente como referência. Por outro lado, Jô Gondar, em seu texto “Memória, poder e resistência”, fala-nos da memória do futuro – a partir de Foucault – que comporta em si “uma possibilidade de criação” (2003, p. 35). Assim, também a narrativa, dentro dessa perspectiva mishleriana, adquire, como a memória, um caráter criador. O que exemplificaria essa memória do futuro será quando, na narrativa, o sentido de final não está totalmente desvendado. No texto 2, por exemplo, o trecho que destacamos anteriormente (#14) sugere que o narrador não sabe o que fez para que o acompanhamento ao paciente fosse efetivamente possível, como também não sabe de que

¹³ ABREU, R. *Chicletes eu misturo com bananas? Acerca da relação entre teoria e pesquisa em memória social*. In: O que é memória social? Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005, p. 27-42.

modo se dará o tratamento desse paciente no futuro. Essa suspensão de sentido totalizante faz com que esse mesmo sentido seja um *devir* (GONDAR, 2003) que cabe à clínica futura construir. Fica a expectativa de que o sentido de final está por vir e esta narrativa se torna uma memória para o futuro. A partir dessa argumentação, podemos pensar numa memória prospectiva da loucura, memória esta que não está finalizada, mas que projeta para o futuro seus possíveis significados no campo social. Diante disso ainda fica-nos uma indagação: essa memória da loucura será construída por quem? Pelo próprio narrador ou pelo leitor dessa narrativa? Ou de ambos? Ao adotarmos a perspectiva interacionista faz todo sentido pensar a prática discursiva partindo de um texto escrito como sendo uma construção de sentido produzida tanto pelo autor como pelo leitor.

Mishler mostra ainda que o pressuposto da causalidade linear é uma herança das pesquisas físicas estendida ao campo das ciências sociais, o que inclui também os estudos de narrativas. Para o autor, seria uma “violência” (MISHLER, 2002, p.104) querer representar o humano por uma perspectiva causal e linear, visto que o humano é propriamente o que rompe com isso, trazendo várias contingências, injunções e sentidos retroativos.

Esse tempo narrativo-experiencial, que não é linear nem somente individual, mas construído socialmente de maneira multidirecional, vem ao encontro do conceito de memória social, compreendendo-a para além de uma categoria cognitiva. Com efeito, estamos diante de um construto social, que não abarca lembranças cristalizadas, mas que se ressignifica a todo o momento em meio a tensões e contradições.

Intentamos, com essa observação, introduzir mais um campo do saber nessa discussão, que é em si mesma interdisciplinar, aliando o conceito de avaliação de Labov com o de ponto de virada de Mishler, que abrange uma dimensão temporal para além da cronológica, possibilitando-nos um salto qualitativo em relação à análise dos dados neste estudo. Mais do que considerar o aspecto estrutural, a interlocução que estabelecemos entre os autores possibilita pensar como se dá a “humanização do tempo” (Ibid, p. 102) nos nossos dados. Esse eixo da temporalidade transpassa tanto a narrativa como a memória.

Partimos da noção de tempo também de Ricoeur (2010) quando aponta que há uma questão ontológica no que tange ao tempo, ou seja, não há como definir o que é o tempo senão pelo seu negativo, a saber: o tempo é “o que não é eterno”. O tempo não pode ser

definido ontologicamente; então sustenta-se o tempo como uma questão, já que não podemos precisar o que ele é. Paul Ricoeur vai ainda mais longe dizendo que se o tempo é uma questão, uma resposta possível para a mesma é a narrativa, visto que ela torna compreensível o que é questionável, sempre ao preço da redução de sentido quanto ao que pode ser o tempo.

O volume I da obra de Paul Ricoeur intitulada *Tempo e Narrativa* foi basilar no momento da análise, pois foi a partir das considerações de Mishler quanto ao tempo narrativo e ao ponto de virada que observamos a necessidade de nos aprofundar nessa leitura buscando instrumentos para um melhor exame dos dados.

Ao ler o capítulo 2 do volume 1 de *Tempo e Narrativa*, deparamo-nos com a teoria da intriga a partir da análise que o autor apresenta da *Poética* de Aristóteles. A discussão de Ricoeur sobre a intriga explana a compreensão que o autor tem da narrativa. Para ele, o ápice da intriga é denominado como reviravolta. Construir uma reviravolta é inverter o efeito das ações (p.78), em que o paradoxal se funde ao causal. “Um por causa do outro” (necessidade) sobrepõe-se ao “um depois do outro” (sucessão). A reviravolta de uma intriga para, Paul Ricoeur, poderia ser comparada ao ponto de virada em uma narrativa segundo Mishler. Fazemos essa comparação, pois como já foi dito anteriormente (tópico 2.6.3), Mishler se utiliza dessa obra de Paul Ricoeur para construir seu conceito de ponto de virada. Como nosso interesse não é fazer uma fundamentação teórica com conceitos muito diversos, mas evidenciar as possíveis relações entre eles – no caso desta pesquisa, a relação entre narrativa e memória - optaremos por usar o conceito de ponto de virada do Mishler para a análise dos dados. Gostaríamos, assim, o(a)s leitor(a)s acompanhassem nosso percurso teórico a fim de compreender quais caminhos percorremos até o momento: o encontro com o conceito de ponto de virada do Mishler promoveu outro encontro com a obra *Tempo e Narrativa* de Paul Ricoeur, a qual nos remete a idéia de temporalidade como transversal a nossa discussão.

Ricoeur nos traz a idéia de desenrolar da intriga não como simples sucessão, mas como sendo marcada pela ênfase de ausência de acaso. A intriga dá sentido às contingências quando preenche os vazios entre os episódios contíguos, mesmo que de maneira retroativa, o que, na verdade é muito comum em romances. O final da história redimensiona todos os fatos narrados anteriormente, pois pode preencher as lacunas entre eventos antes encarados como mero acaso. Isso se relaciona com o sentido de final de Mishler, em que o final pode ressignificar toda a história: uma boa narrativa se preocupa desde o início com o final, pois é

ele quem dá o destino. “... a reviravolta leva tempo. Mas é o tempo da obra, não o tempo dos acontecimentos do mundo: o caráter de necessidade se aplica a acontecimentos que a intriga torna contíguos” (Ricoeur, 2010, p.70). Em relação a essa ausência de acaso da qual trata Ricoeur a respeito das narrativas nos romances, podemos questionar essa assertiva ao analisar os nossos dados, pois além de ter um propósito distinto do romance, as narrativas dos estagiários se utilizam do acaso até mesmo em virtude da memória prospectiva da loucura sobre a qual falamos antes. O acaso como o que ainda não está ligado à algo do passado e do presente, mas o pode ser ainda no futuro. No caso dos nossos dados, então, podemos dizer que a reviravolta, em Ricoeur, ou o ponto de virada, em Mishler, não se deu terminantemente. O sentido de final ainda não se fechou e consideramos isso muito relevante tanto do ponto de vista do recurso narrativo quanto do recurso clínico. Uma narrativa não precisa ter seu sentido acabado para ser considerada como tal; assim também a clínica não precisa fechar seus diagnósticos e interpretações para que ela seja possível.

No momento em que se narra, se constrói uma temporalidade própria, que não precisa estar necessariamente relacionada com a temporalidade dos acontecimentos do mundo. É partindo dessas idéias que nos pautamos. Como intentamos reiterar uma articulação entre memória, narrativa e temporalidade e acabamos de apresentar, a partir de Paul Ricoeur, a relação entre tempo e narrativa, veremos agora a relação entre tempo e memória para estabelecer uma relação possível entre esses três campos.

No texto “*Quatro proposições sobre a memória social*” (2005), Gondar afirma, na terceira proposição, que “a memória é uma construção processual” (Ibid, p.18). Dito de outro modo: a memória é uma construção temporal ou, como a própria autora diz “uma construção *no tempo*” (ibid, p.19 grifo nosso). O pensamento clássico a partir de Platão compreendia a verdade como aquilo que é subtraído de tempo, segundo a autora. É só com o surgimento da categoria moderna de sujeito que a recusa do tempo não é mais possível. O parâmetro para a filosofia e a ciência deixa de ser a divindade eterna para ser o sujeito finito, submetido ao tempo. O campo da memória social é um dos que passam a considerar essa dimensão temporal. Como o tempo é considerado nas discussões acerca da memória social, podemos identificar mais um ponto convergente, que nos permite alinhar nosso diálogo entre memória, narrativa e experiência.

Rememorar seria narrativizar e narrativizar é trabalhar com a dimensão temporal, com a processualidade da vivência se transformando em experiência. Ao refletirmos na próxima seção a partir de Benjamin (1985) observaremos que experiência é algo transmissível ao outro, ou seja, narrativizável. A processualidade em jogo na memória está em transmitir narrativamente uma experiência. Pelas narrativas podemos ter notícias das transformações ocorridas numa memória partilhada socialmente, no caso desta pesquisa, as transformações ocorridas nas memórias sobre a loucura de um determinado grupo de estagiários do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Ao mesmo tempo em que temos notícias dessas transformações mnemônicas, o próprio ato de narrar de alguma forma já modifica essas reminiscências sociais, como veremos mais adiante (item 2.6.4). Assim, o ato de narrar não é constituído somente das transformações ocorridas, mas narrar transforma o ocorrido, dando-lhe outros sentidos. Tais sentidos não estão finalizados, mas abertos a significações vindouras. A partir dessa discussão, justifico o motivo pelo qual considero as narrativas dos estagiários como memórias, no sentido de narrar é também rememorar, e tanto o narrar quanto o rememorar não se configuram como sendo recapitular o que houve, mas construir um acontecimento.

2.6.3 NARRATIVA, EXPERIÊNCIA E TEMPORALIDADE

A noção de experiência remete-nos a Walter Benjamin (1892-1940), um dos primeiros a refletir, de forma mais detida, sobre a experiência. Em seu ensaio intitulado “Experiência e pobreza” (1985), encontramos uma discussão sobre o lugar da experiência para o sujeito da modernidade. O autor faz uma diferenciação entre vivência¹⁴ (*Erlebnis*) e experiência (*Erfahrung*): a experiência se acumula, se prolonga e se desdobra; pressupõe uma temporalidade. Já a vivência diz respeito ao indivíduo isolado e privado; é algo que precisa ser assimilado às pressas e que produz efeitos imediatos. Benjamin denuncia o enfraquecimento da experiência, no sistema capitalista, em prol da vivência. Consequentemente, tem-se a redução da capacidade de comunicar uma experiência partilhada por uma coletividade. “Primeiro a experiência se inscreve numa temporalidade comum a

¹⁴ Essa diferenciação entre experiência e vivência não está muito clara na versão do texto em português. No texto “Sobre alguns temas em Baudelaire” (1975), em que o autor retoma a discussão sobre esse assunto, há uma nota que esclarece essa distinção sobre a qual discorreremos no corpo do texto.

várias gerações. Ela supõe, portanto, uma tradição compartilhada e retomada na palavra transmitida...” (GAGNEBIN, 2009). Para ele, a experiência não se constitui no momento em que se vive, mas no momento em que é transmitida. Por esse ângulo, vemos a relação existente entre as discussões que apresentamos a respeito da memória e essa noção de experiência introduzida por Benjamin, já que entendemos que a memória não envolve somente o fenômeno de recordar lembranças prévias: é ela que produz a própria lembrança (GONDAR, 2003). A memória é concebida não como um reduto ou repositório, mas como um campo de disputas e tensões. Não se tem um processo de recapitulação do acontecido, mas uma elaboração do apreendido. Há um processo criativo em jogo tanto da memória quanto da experiência. Assim, também a narrativa possui esse estatuto memorial e experiencial, na medida em que, ao encadear fatos, produz uma temporalidade singular que ultrapassa a fidedignidade ao passado ou a cronologia, a fim de transmiti-lo a alguém.

O texto “Experiência e pobreza” é complementado por outro texto de Benjamin, intitulado “O narrador” (1985). Fica evidenciada a relação temática em uma das primeiras passagens desse texto que afirma que a dificuldade de narrar se origina da dificuldade de intercambiar experiências. O narrador era alguém que, ao contar um fato ou uma história, afetava a comunidade como um todo em função de um certo tipo de laço social no qual o que se dizia a respeito de uma pessoa interessava a todas as outras (JULIBONI, 2008). Benjamin descreve a narrativa como “uma forma artesanal de comunicação” (BENJAMIN, p. 205), que não está interessada em transmitir a pureza dos fatos; o narrador, ao contrário, ‘contamina’ tudo o que diz com a própria vida. Na seção 13 de “O narrador”, Benjamin discorre sobre a relação que ele estabelece entre memória e narrativa. Ao recorrer à mitologia grega, mostra que a memória é a musa da narrativa o que traz mais um elemento de discussão no que se refere à relação intrínseca entre lembrar e narrar. Na seção 10 do mesmo texto Benjamin contempla a questão da temporalidade: ao refletir a respeito da eternidade e da morte e de como estamos nos relacionando diferentemente com a noção de morte.

Podemos considerar a morte como um dos pontos mais importantes da temporalidade, pois pressupõe o fim, o fechamento de um ciclo temporal. Ao retomar a idéia de Paul Ricoeur de que o tempo é aquilo que não é eterno, poderíamos nos debruçar sobre determinada frase de Benjamin: “A morte é a sanção de tudo o que o narrador pode contar. *É da morte que ele deriva sua autoridade*” (p.208, grifo meu). Se a morte se opõe à eternidade, ela nos evoca a

temporalidade, sendo que podemos, então, formular o pensamento de Benjamin com outras palavras: a narrativa deriva da temporalidade a sua autoridade. Essa autoridade temporal perpassa também a noção de experiência que se relaciona com a de narrativa em Benjamin, assim como a memória social. Passado, presente e futuro são trabalhados tanto em Mishler/Ricoeur quanto em Benjamin, mas suas visões distintas sobre essas três dimensões nos trazem a compreensão acerca da complexidade em torno da temporalidade, que é vetor transversal entre narrativa, experiência e memória.

Na contemporaneidade essa visão pode parecer desprovida de valor por não ser fidedigna aos ideais tecnicistas: a narrativa não tem a pretensão de ser verificável nem explicável. Benjamin nos aponta uma concepção de narrativa que, segundo ele, estaria definindo e está marcada pela participação do sujeito: conferir a tudo que relata algo de si mesmo, nem que seja seu em tom de voz ou nas palavras que escolhe usar (GOFFMAN, 2002). À morte da experiência une-se a morte da narrativa devido ao avanço industrial e tecnológico. Talvez tal avanço não tenha sido totalmente bem-sucedido, o que nos leva à pergunta: será que a narrativa morreu? Ou: se não existe mais em sua completude, se é que existiu, o que dela restou atualmente? É nessa pergunta que nos ancoramos para dizer que os escritos desses estagiários têm características narrativas e, conseqüentemente, marcas experienciais.

Uma consequência fundamental que pudemos retirar dessa discussão entre experiência e narrativa é que ambas se relacionam pelo viés da temporalidade – a partir de Mishler e Ricoeur - o que produz ressonâncias no que tange à memória social. A memória social também não é regida somente pelo passado, mas pelo hibridismo de temporalidades distintas, inventadas e – por que não dizer? – narrativizadas.

Após a discussão teórica a respeito da memória, do tempo e da narrativa apresentada acima, prosseguiremos devidamente embasados, rumo à construção metodológica para análise dos dados no capítulo seguinte.

3. ENCONTROS COM AS CRÔNICAS E COM A CRONICIDADE

Após discussões com os professores da banca, compreendendo que as próprias narrativas produziam um efeito singular em quem os lê, decidimos retirar os textos da seção de anexos e transformá-los em um capítulo desta dissertação. O intuito é de que o leitor tenha a oportunidade de ter um encontro com essas personagens e cenas narradas, vendo quais repercussões elas têm em si ao lê-las. Queremos esclarecer que a leitura deste capítulo não é obrigatória para o entendimento dos capítulos posteriores, mas certamente irá contribuir para a riqueza de interpretação que o próprio leitor poderá produzir junto às minhas análises. O motivo principal que moveu-nos a produzir esta dissertação foi o encontro que tivemos com essas narrativas e os fortes efeitos de reflexão que me causaram quanto à minha prática clínica e o que eu pensava ser a loucura. Ao ler esses textos fui completamente comovida: movi-me junto ao narrador a cada situação encenada. Senti-me emocionada a cada situação dramática e hilária. Gostaríamos de oferecer a oportunidade, os que lêem esta dissertação, de também experimentar essa comoção, a oportunidade de sentir a pulsação do coração desta pesquisa.

No capítulo seguinte, poderemos descrever nosso caminho metodológico e as análises dos dados propriamente ditas.

Texto 1:

Título: Acompanhar Eliane no laço social

1 Ao escrever sobre essa experiência de estágio, inevitavelmente me confrontei com o problema de saber o que havia sido mais relevante em meu percurso e organizar essa informação de acordo com a exigência de todo texto escrito. O que foi mais relevante, o que me orientou mais nas supervisões e nas elaborações que fui levado a fazer por conta das dificuldades que fui encontrando pelo caminho foi o vínculo entre mim e Eliane. Um vínculo de referência e paciente que me havia sido pedido quando eu entrava na enfermaria e que aceitei decididamente.

2 Assumir esse vínculo como o tema principal na enfermaria não significa dizer que ele tomou toda a cena. Significa que em toda a cena, em todo o incômodo cenário que é aquela enfermaria de crônicos eu pude penetrar com um movimento que foi, por vezes, tenso, polêmico e, para mim, muito difícil e desagradável. Eu experimentei todo aquele cenário através do meu vínculo com Eliane e das preocupações que eu tive com ela.

3 Esse “desagradável” não é relativo ao acolhimento que eu recebi da equipe. Ao contrário, fui muito bem recebido por todos; tampouco a supervisão de Ronaldo¹⁵ deixou de ser um espaço em que pude interrogar minha posição frente à Eliane e à enfermaria diversas vezes. A minha relação com a enfermaria não foi sempre harmônica e foi marcada por um aspecto de impessoalidade que penso ser importante num local de trabalho em que as relações com os pacientes tendem a se dar num clima de ternura que muitas vezes embaça o nosso olhar a respeito das reais necessidades daqueles internos. A minha relação com Joaquina foi prova disso. E tenho comigo que às vezes que nos aborrecemos um com o outro foram desencadeadas, não por motivações pessoais (eu a acho, aliás, gente boa e uma profissional imensamente zelosa com os pacientes e com a enfermaria), mas por preocupações de como nos relacionarmos melhor com os pacientes.

4 Quanto à supervisão, tenho comigo que Ronaldo deve ter achado diversas vezes que algumas transformações pelas quais eu passaria foram lentas demais, até quando a crise do meu vínculo com Eliane saltava aos olhos. Mas, foi preciso que fosse assim. Hoje sinto que todos da enfermaria colhemos os frutos dos extensos debates sobre o “como está Eliane?” que sempre me levava a uma interrogação sobre como eu estava com ela. Esses frutos são uma maior movimentação de Eliane no laço social, o que só se tornou possível com a parceria firme com a equipe do SILP, sobretudo com Laura, Carina, Denise, estagiárias de ontem e de hoje, e também Marcos, que não é da equipe, mas cuja orientação esteve sempre presente.

5 Aqui, nesta fala, deter-me-ei no meu vínculo com Eliane, no seu ontem, sua crise, e seu tempo mais recente que se encerra agora com o fim do meu acompanhamento.

6 Eu cheguei até Eliane com uma ideia sobre ela que era aquilo que eu pensava sobre a psicose o que eu esperava encontrar nela. Era a ideia de que Eliane está fora do laço social.

¹⁵ Foram colocados pseudônimos a fim de preservar a identidade das pessoas envolvidas

Pude atestar isso durante uma saída assustadora em que a acompanhei até o restaurante XXX. No caminho até lá, pude impedir Eliane de levantar seu vestido em frente ao corpo de bombeiros. No restaurante, vi Eliane ficar hipnotizada pela comida, pelo cigarro, pela cerveja, e vidrada na televisão. Sem dar a mínima para o meu espanto e para a expressão assustada do atendente, tentava tomar o cigarro de sua mão. É verdade que esses gestos são indícios de que Eliane tem comprometidos os seus laços sociais, mas não é menos certo que o vínculo entre nós não estava suficiente e que quando Eliane sai do hospital com quem não é muito vinculada, pode comportar-se como a mais anti-social das criaturas.

7 Acontece que essa saída causou em mim uma impressão de que não seria possível acompanhar Eizete sem forçá-la a uma orientação muito estrita. Na verdade, eu nem pensava que naquela criatura pudesse haver um sujeito.

8 A cada saída com Eliane, passei a temer o insuportável; passei a temer que Eliane se aproximasse das pessoas com uma rapidez vertiginosa para agarrar as roupas e os cigarros que não eram seus e que se lançasse inadvertidamente na frente de algum veículo. Eu me colocava sempre a sua frente, para prevenir.

9 O modo pelo qual eu me colocava na frente de Eliane era propondo a ela saídas programadas. Elas tinham uma lista de compras em que previamente decidíamos os objetos que ela compraria, o itinerário que percorreria para isso e o limite de gastos que seria permitido.

10 Se, no trajeto, Eliane fosse atraída pelas roupas de uma loja, ela não poderia se aproximar delas porque havia me dito que sairia para comprar vestido; se, na loja de vestidos, ela fosse atraída por outras roupas de outras cores, lhe falávamos o mesmo, ainda que ela se mostrasse genuinamente encantada com a peça diferente.

11 Na farmácia, eu colocava Eliane para manejar os produtos e escolher algo para ela e o trabalho transcorria bem. Mas, em seguida, na loja de calçados, onde eu acabava de me dar conta de que nem eu nem Eliane sabíamos qual tipo de sandália ela levaria consigo, eu a deixava sentadinha enquanto eu selecionava um par de sandálias que combinasse com a bolsa dela. Até que um dia Eliane mostrou-se extremamente obediente e orientada, com exceção de que ela havia tentado distanciar-se correndo de mim ao encontro de um bazar de roupas e do cigarro de um fumante, no terminal. Mesmo assim ela retornava reclamando de mim para as

reuniões onde se decidem as coisas na enfermaria, falando que não havia comprado nenhum vestido. Ela não deixava de estar com razão, pois na rua ela não podia entrar em contato com suas coisas à sua maneira, nem as escolher; nas saídas ela estava bloqueada por mim.

12 O bloqueio que eu fazia para Eliane não se devia apenas em pensar que Eliane estava fora do laço social ou que a maneira grosseira como ela lida com as coisas não era a de um sujeito. A minha imagem de laço social estava ali na jogada “fundamentando-o”.

13 A idéia que eu fazia do laço social era aquela idealizada que eu vi na cena de um jantar burguês de um filme de Buñuel, na qual cada movimento dos laços sociais daquela mesa estava imbuído de um código preciso de civilidade. Eu pensava a rua assim. Pensava que do convívio social da rua estavam excluídos a aproximação súbita de Eliane para conseguir um cigarro ou uma breve audiência com um bombeiro ou um policial no seu quartel ou em sua viatura; ou seja, da minha idéia de rua estava excluída Eliane.

14 E não só da rua; dos estabelecimentos também. Um dia em que tive de levar Eliane ao Unibanco eu soube, assim que entramos naquele estabelecimento, que, além daquelas regras que eu esperava dela na rua, ela deveria também andar com delicadeza naquele carpete confortável, sentar-se tranquila e em silêncio e esperar a sua vez como todo mundo.

15 A passividade a qual eu forçava Eliane foi, com o tempo levando-a a experimentar a relação comigo como muito desagradável e a expressar idéias ruins a meu respeito. Ela me contou que alguém importante para ela havia me olhado com cara feia; fez o bombeiro me dizer que ela iria sim ao Rio de Janeiro com Francisca; falou para outros que eu estava longe e não lhe pertencia; ordenou que eu me afastasse dela. isto é, Eliane começou a me recusar; e foi necessário que isso acontecesse para que eu me convencesse de que há um sujeito ali onde eu via uma criatura, pois é preciso ser sujeito para recusar alguma coisa.

16 Senti que precisava fazer algo pelo vínculo, que se encontrava em crise. Ocorreu-me que eu precisava permitir que aquele sujeito se expressasse mais e, para que essa expressão levasse o outro em consideração, eu deveria suportar acompanhá-lo também em suas expressões mais incômodas. Comecei a acompanhar as aproximações súbitas dos cigarros alheios, por vezes permitindo suas abordagens físicas, mas ensinando-a a pedi-los verbalmente; comecei a permitir que ela fizesse um uso particular dos estabelecimentos que

ela freqüentava; comecei a convidá-la a participar mais de seus assuntos civis e a lhe falar as razões pelas quais às vezes não poderia ser levada para comprar vestidos.

17 Mas esses modos de Eliane se expressar, ainda que através deles eu pudesse ajudá-la a levar o outro em consideração, pareciam-me ainda muito anti-sociais, índices de que Eliane era um sujeito fora do laço social.

18 Eliane e eu combinamos de ir ao mercado e um desvio que ela fez antes de chegarmos lá, atraída por urna boneca, levou-nos a entrar numa casa estranha, seguir pelo corredor estreito até o cômodo escuro onde encontramos uma mulher de camisola que não nos esperava. A mulher se surpreendeu, mas não tanto quanto eu me surpreendi quando ela reconheceu Eliane. A mulher era XXX, a funcionária da cantina HPJ na época, que, depois de ouvir o motivo pelo qual estávamos lá, falou: “É que a vizinha deixa a porta aberta pras pessoas entrarem”.

19 Desde esse encontro não me sinto mais autorizado a falar a Eliane quais lugares ela pode ou não freqüentar e de que maneira. Já fui com ela ao quartel para ela falar com um bombeiro e pedir cigarros aos que trabalhavam na obra de uma sala e no final do acompanhamento não seria raro acompanhar Eliane até alguns policiais para que ela pudesse dizer-lhes algumas palavras, e eles sempre a receberam com gentileza. E, quando as pessoas não a recebiam bem, eu falava isso a Eliane e a orientava para seguirmos nosso caminho: ela como sujeito atrás das coisas dela; eu como sujeito acompanhante a orientá-la na perseguição dos objetos, apoiando através dela os laços sociais possíveis.

20 Até o fim do estágio eu continuei orientando Eliane na rua, conduzindo as saídas pela cidade. Elas não seriam mais programadas, a lista de compras tornar-se-ia vaga, ainda que não dispensável; ela receberia o estatuto de um lembrete. Lembrete de que Eliane havia saído com uma intenção, mas que o movimento na rua e a atração que um monte de coisas puderam exercer sobre ela sua influência, fazendo-a escolher coisas diferentes das que estavam na lista. Para mim, a essa altura, tanto fazia, pois nesse momento tornou-se importante fazer-la saber o máximo sobre isso e favorecer que ela fosse o máximo possível sujeito dessas coisas que lhe afetavam.

21 Com o tempo foi possível combinar saídas com Eliane sem listas de compras, com objetivos não vinculados ao comprar, como as idas para dar entrada no passe livre e para eventos sociais. Um desses eventos foi a festa junina do CAPS-HS onde Eliane pôde ficar

bem a vontade em convivência com as pessoas e com a música. Minhas únicas preocupações foram com a permanência dela no local e com a participação dela no sistema de fichas da festa, o que ela aceitou muito bem.

22 Depois, tornou-se possível para mim acompanhar Eliane em caminhos nos quais a permanência dela não fosse tão importante. Recentemente fomos passear na praça Araribóia para que o Araribóia nos visse. Mas a estátua foi o menos importante e praticamente passou despercebida por nós. O que valeu para Eliane foi falar palavras que encontrou em um jornal e em uma revista, falar com um grupo de policiais, olhar o interior de todos os armários disponíveis nas casas Bahia, olhar vitrine, subir escada rolante, parar no meio do terminal para observar a próxima pessoa que poderia lhe dar um cigarro e, depois voltarmos para o hospital.

23 Claro que, dependendo do dia em que Eliane estivesse, ela poderia sair correndo pela praça atrás de cigarros, tirar a roupa na frente de policiais no meio da rua, ou poderia simplesmente não querer descer do ônibus para ir ao CAPS e continuar a viagem para o Centro de Niterói, tudo isso poderia acontecer. O que não poderia acontecer, contudo, era eu acompanhá-la sem poder apostar no vínculo entre nós. Isto se tornou para mim a condição para acompanhar Eliane e, com isso, apostar que nos caminhos escondidos e declivosos pelos quais eu tivesse que acompanhá-la, sempre seria possível continuá-la a conduzi-la, com os limites que essa condução ainda implicaria para ela. Limites, no entanto, que não visava mais bloqueá-la, mas acompanhá-la para ajudá-la nos seus laços sociais.

Texto 2:

Título: O EFEITO DA GRAVIDADE

1 Este texto foi construído com o objetivo de prestar o meu testemunho sobre a minha experiência como estagiário de Psicologia do Serviço de Internação Masculina do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba sob a supervisão do Professor Doutor XX e das preceptoras: XX

UMA ESCOLHA

2 Eu jamais havia entrado em uma instituição de saúde mental nem sabia como funcionavam os centros de atenção psicossocial ou os hospitais psiquiátricos. Durante as aulas na faculdade meus professores davam exemplos sobre atendimentos em consultórios, mas poucos falavam do tratamento de psicóticos, menos ainda quando agudizados. Notícias sobre intervenções no manejo da transferência com neuróticos eram interessantes, mas nelas não havia a gravidade que me trazia perplexidade e admiração que o tratamento com psicóticos poderia oferecer. Quando algo da psicose era trazido para as aulas estava sempre coberto de um grande segredo, pouco se falava do que acontecia no tratamento daqueles que geralmente trazem uma gravidade muito maior que os neuróticos. Como acontecia o tratamento nas psicoses, sobretudo nos surtos? Como poderia uma intervenção pela palavra surtir efeitos em alguém que sequer fala ou se move?

3 O contato com os textos de Freud provocou curiosidade e admiração, dividi meus estudos sobre eles e sobre a neurociência, a qual me dedicava pela inserção no programa de Iniciação Científica do CNPq desde o primeiro ano da faculdade até poucos meses anteriores a minha entrada no estágio do HPJ (Hospital Psiquiátrico de Jurujuba). Mas no terceiro ano precisava escolher um estágio supervisionado, um caminho a seguir. Não havia nada que me atraía

como a gravidade, então escolhi o estágio oferecido pelos professores ligados a rede de saúde mental de Niterói. Exigiam 20 horas semanais, o dobro que os outros estágios pediam. Mas foi para mim o que oferecia um melhor lugar de formação, tanto pelo acesso ao material clínico quanto pela supervisão.

4 Fui recebido no HPJ por XX em uma reunião, com os outros estagiários que também começariam a partir da qual seríamos designados para os setores onde ficaríamos por um ano. Depois da apresentação dos locais aonde haviam vagas para estágio, Sérgio nos perguntou para onde gostaríamos de ir e o porquê. Provoquei risos quando falei que gostaria de ter contato com “paciente hardcore”, pacientes graves que me exigiriam uma resposta rápida e trabalho. Acreditava que para aprender eu necessitava de um lugar onde eu recolhesse os resultados dos meus atos rapidamente. A gravidade apresentada em uma enfermaria de agudos me parecia a mais adequada para isso. Como haviam outras três pessoas pedindo a enfermaria feminina e para mim isso era indiferente, desde que fosse uma enfermaria de agudos, escolhi a masculina.

PRIMEIRO CONTATO

5 Quando entrei na enfermaria masculina vi alguns homens andando, outros agachados, outro deitados em seus leitos, alguns traziam em seu corpo as marcas de anos de internações, outros possuíam uma maior organização e não pareciam tão graves à primeira vista. Mas o sofrimento estava presente. Andavam sem dificuldades, não sangravam, não exibiam grandes chagas, alguns sequer reclamavam, chegavam até a dizer que gostavam dali, que ali era sua casa.

6 Eu não conseguia conceber como seria passar anos ali, sequer um dia seria imaginável para mim, certamente não estávamos no mesmo lugar. Provavelmente haviam coisas fora daquela enfermaria bastante insuportáveis para alguém ter uma opinião dessas. Para outros não parecia haver nenhuma diferença entre os dois lados daquela grande porta de madeira que separa a enfermaria do corredor do hospital. Andavam despreocupadamente, saíam por aquela porta

na mesma velocidade com a qual passariam por qualquer outra. Saíam e voltavam segundo as ordens de outros, algumas vezes reclamavam, mas obedeciam.

7 Não encontrei a violência que esperava. Pensava que os internos eram extremamente agitados e violentos. Que seria necessário ter grande cuidado para andar entre eles e para me aproximar. Esperava encontrá-los contidos nos leitos ou sedados, com a fala e a marcha lentificadas pelos remédios. Minhas imagens da loucura estavam mais próximas da flexibilidade cérea, da catatonia e da agitação psicomotora.

8 A violência que encontrei não era mecânica, ela não se apresentava como um corpo agitado ou inerte o tempo todo. Não era tão evidente, ou melhor, a violência que encontrei era tão radical que era difícil de enxergá-la. Era e ainda é difícil de acreditar no que vejo todas as vezes que passo por aquela grande porta de madeira. E ela se apresenta de formas tão diferentes. Na mais plena indiferença com o mundo, com as roupas e com a higiene de alguns pacientes. Com as alucinações por quem muitas vezes perdi a conversa, elas eram mais importantes para alguns pacientes que a minha presença. Na euforia de outros, que atropelavam conversas, pessoas e o que quer que estivesse na sua frente, até o próprio sono. Nos pedidos desesperados de ajuda “Eu vou morrer” (sic) seguido por um choro surdo, sem soluços, quase estático. Não era capaz sequer de me dizer o motivo que o condenava, nem nomear seu algoz. Muito mais radical que uma violência física, que eu poderia conter com meus braços eu estava diante de uma violência que eu não era capaz de alcançar, que me excedia. Eu não tinha a força nem o saber para aplacar aquele sofrimento diante de mim.

PUSILANIMIDADE

9 Diante do sofrimento eu tentei intervir, perguntava, escutava, procurava entender o que estava acontecendo e o que eu poderia fazer para aplacar aquela ameaça que o tornava e que ele não possuía armas para se defender, infelizmente eu também não. Por mais que eu quisesse, vontade não me faltava, mas o que acontecia ali não estava a meu alcance. O paciente foi medicado, falou e andou até se cansar e depois foi dormir, quando suas pernas não suportavam mais seu corpo, e sua boca não era mais controlável a ponto de outra pessoa

entender o que ele tentava dizer, Um limite se impôs a mim. Se em algumas outras vezes eu pude fazer alguma coisa, nessa eu não fui capaz. E eu me perguntava o que faltava, o que eu deveria aprender para saber lidar com isso? Havia alguma técnica a ser executada para sanar o problema, para fazer uma barra? Se o que acontecia ali estava fora de meu alcance, extrapolava o meu poder, o que eu poderia fazer?

10 O paciente ficou menos agitado e ameaçado depois de algumas semanas, voltou para casa sem sabermos mais dele, seu delírio não era conhecido. Talvez não houvesse algo ali para ser conhecido, mas acolhido.

UM MANEJO NO DESCONHECIDO?

11 Em todas as vezes, quando eu abria aquela porta imaginava qual seria o primeiro a gritar “Gilson!”. Assim como quando me aproximava de algum paciente eu pensava no que falaria, tomava cuidado com as palavras e procurava entender o que escutava e intervir da melhor forma possível. Infelizmente isso não era possível. As hipóteses que eu levantava eram refutadas na medida em que eu depositava esperanças nelas. Procurava entender o que o paciente queria dizer e a partir disso tomar uma decisão. Mas fui lembrado diversas vezes, nem sempre de forma educada, que isso não seria possível. Que aquele ali não pensava da mesma forma que eu e que eu não conseguiria pensar da mesma forma que ele. Como agir então?

12 Um paciente era especialmente arredo a minha presença. Chegar perto e mantê-lo próximo a mim sempre foi muito difícil. Respondia-me irritado e com palavrões a praticamente todas as minhas aproximações. Algumas vezes permitia-me a permanecer sentado ao seu lado, mas na primeira pergunta que eu fazia ele se levantava xingando. Como ele possui uma séria dificuldade de lembrar do que ocorre, eu tinha uma nova chance em poucos minutos, mas dependendo da insistência ele se irritava a tal ponto que não parava em lugar algum e me obrigava a esperar por mais tempo para tentar novamente. Geralmente eu era alvo das mesmas palavras que as outras pessoas que tentavam falar com ele ou lhe davam ordens para tomar banho, aferir a pressão e tomar os medicamentos. Mas algumas vezes ele

parava suas caminhadas e proferia um palavrão um pouco mais expressivo, de ‘corno’ eu passava a ‘cornão’ como “Mas você é um cornão mesmo!” (sic) ou “Já vem me encher de novo? Você é bobo, rapaz!” (sic). Não era o lugar que eu esperava, mas era o que ele havia me dado. Vale informar que este paciente foi encontrado andando pela estrada e não sabe informar nada além do seu nome completo e de seus pais. Fala também de uma cidade, “Guaratinguetá”, mas é capaz de esquecer do prato de comida que largou pela metade há cinco segundos e agradecer quando lho ofereço “Pra mim? Brigado” (sic). Considero receber um palavrão mais expressivo dele como um efeito do meu trabalho. Ser reconhecido, mesmo que dessa forma é algo a ser considerado nesse caso.

13 Tentei de diversas formas mantê-lo próximo a mim, sustentando uma conversa o quanto fosse possível. Por mais que este paciente se irritasse, jamais agrediu fisicamente outra pessoa durante sua internação. Xingava, se afastava com urna expressão de raiva, mas não agredia. Depois que levei o caso para a supervisão com XX, comecei a permanecer mais calado ao lado do paciente. Depois de algum tempo ele começou a fazer algumas perguntas a mim, como: “Esquentou hoje, né?”; “Que horas são, por favor?” (sic). Pedia pão constantemente e reclamava de sua fome. Algumas vezes falava que havia frequentado igrejas, que andou por esta ou aquela cidade, mas não passava de alguns minutos conversando e parava de responder. Por algum tempo aceitou sair comigo da enfermaria., falava pouco, na maioria das vezes apenas respondia as minhas perguntas. Nessa época ele passava boa parte do seu dia tornando sol no pátio interno, em pleno verão. Depois de algumas semanas ele começou a assistir televisão em pé do lado de fora da sala, rejeitando as minhas aproximações respondia monossilabicamente as minhas perguntas. No final de mais um dia eu me despedi e respondi de urna forma que lhe provocou o riso, algo que nunca havia acontecido. Transcrevi o diálogo.

EU —. Estou indo, (nome do paciente).

PACIENTE — Vai pra casa do caralho, fêdaputa!

EU — Está me mandando para a casa do caralho por quê, (nome do paciente)?

PACIENTE — Porque eu gosto! E vai com (não compreendi).

EU —. É para eu levar quem?

PACIENTE — Leva quem você quiser

EU — Quem eu quiser? Vou iear você então.

PACIENTE — Eu não, eu sou sagrado, sou de família.

14 Nesta última frase o paciente riu, eu me despedi. Não conseguia entender o que lhe havia provocado o riso. Tentei em outras vezes repetir o que havia acontecido, mas não consegui. Eu não havia planejado minhas respostas, não consigo saber o porquê de eu ter respondido daquela forma e porque ele riu. Após esse encontro o riso se repetiu, mas eu não sabia o que o provocava. Quando ele ria, permanecia perto de mim por muito mais tempo e era capaz de lembrar de mais coisas, como o meu nome. Mantínhamos conversas de mais de meia hora, eu encerrava por estar cansado. Ele começou a assistir televisão dentro da sala e a aguentar conversar comigo por mais tempo. Depois de 10 meses ele me disse que escutava vozes no seu ouvido que o xingavam, perguntei o que elas diziam, ele enumerou alguns palavrões, eram os mesmos que ele distribui a praticamente qualquer pessoa que se aproxime dele, É um paciente sem documentos, praticamente sem memória, não conseguimos encontrar nenhum parente até hoje. Eventualmente outras pessoas falavam com ele, mas eu era praticamente o único que mantinha uma regularidade. Para mim é muito difícil pensar no tratamento possível com ele. Urna vez perguntei a ele se tinha medo de morrer, ele negou “morrer tem que morrer, comer tem que comer, beber tem que beber” (sic). Não parecia se importar com nada, não se dirigia a outra pessoa senão para pedir comida, permanecia parado embaixo do sol ou na frente da televisão, afastando-se quando alguém falava com ele. Não parecia sentir falta de ninguém nem de lugar algum, nunca me procurou ou perguntou por alguém. Uma vez quando estava me respondendo com palavrões eu lhe perguntei: “Para que xingar?” e ele me respondeu “Para que falar?”(sic). Eu não conseguia imaginar que falar pudesse ser tão insuportável para alguém a ponto de abdicar disso, exceto para as necessidades básicas. Para mim constituiu-se muito mais um exercício de persistência que um tratamento. Até hoje eu não consigo pensar no que consistiria um tratamento para esse paciente.

15 Outro paciente apresenta uma atitude contrária a este, chama-me quase que o tempo. Mesmo quando não estou na enfermaria bate na porta da sala da coordenação e pergunta por mim, pergunta-me o meu horário e me cobra. Algumas vezes me espera próximo as salas onde são realizadas as reuniões de supervisão dos estagiários, quando vou embora me acompanha até a porta.

16 Tenho ficado mais próximo a esse paciente dentro da enfermaria, nas oficinas terapêuticas que aceita participar e nas saídas externas ao hospital. É um paciente que está há quase três anos internado na enfermaria masculina, cuja internação anterior em outro hospital durou mais de quatro anos, com um intervalo de duas semanas entre elas. Sua vinculação ao Caps foi muito difícil, realizou suas primeiras consultas de recepção ainda com um outro estagiário. Quando este terminou o estágio o paciente se aproximou mais de mim.

17 Boa parte do meu estágio tem sido o acompanhamento desse paciente, suas idas ao Caps eram muito delicadas no início, mas até hoje ele exige uma série de cuidados em cada consulta. Tem sido recebido no Caps há sete meses, vinculando-se muito bem a um médico.

18 Esse paciente me faz perguntas constantemente e muitas delas são repetidas. Pergunta a minha idade e ele mesmo responde que eu teria trinta e oito anos, ele tem trinta e sete. Na verdade eu tenho vinte e três. Diz para mim que bebe um certo número de goles de água “Eu bebo 20 goles d’água” (sic) e pergunta-me quantos eu bebo. Pergunta-me quantas embaixadas eu faço com uma bola de futebol usando a mesma roupa que ele “Quantos pé-pés você faz, Gilson? Vestido assim, com essa bermuda, com esses chinelos, sem sol” (sic), eu lhe responde e ele diz “Eu faço mais ou menos isso também” (sic), quando na verdade ele faz muito mais. De diversas formas esse paciente se aproxima de mim e se compara comigo. Essas comparações me dão a impressão que o acalmam, assim como minhas respostas a algumas perguntas, como quantos dias ele vai conseguir ficar de licença em casa. ou se conseguirá chegar ao Caps.

19 O que me chama muita atenção é o uso que esse paciente faz do meu corpo, se comparando a mim, verificando se tem alguma sujeira no meu rosto ou nos meus sapatos. Exigindo que eu fique parado em lugares determinados por ele, com os pés da mesma forma que ele. Controlando os meus passos, “Mais devagar, Gilson. Agora rápido, igual a mim.” (sic). É uma coisa estranha e que incomoda, sinto-me invadido e usado. É um lugar diferente

quando respondo a perguntas ou escuto o que o paciente tem a dizer. Parece ficar mais distante. A aproximação que me foi exigida nesse caso é mais difícil de suportar, não tanto pelas perguntas que o paciente me faz e que eu não sei responder, mas pela forma que sou tomado, não sei se como uma âncora ou como espelho.

20 Uma coisa para a qual éramos sempre orientados era o espaço da circulação dos pacientes na enfermaria. Um lugar onde estávamos expostos ao encontro com a psicose, sem saber qual seria o primeiro paciente que nos chamaria, por um pedido ou até por uma queda. É curioso como era difícil suportar aquele espaço, mesmo que por alguns minutos. Logo encontrava uma maneira de estar com um paciente apenas. Nos grupos de bom-dia e de boa-tarde encontrava um espaço onde surgiam coisas mais cotidianas da enfermaria, a convivência dos pacientes, que nunca era fácil. As noites que eram agitadas e recheadas de reclamações. E estranhamente havia pacientes que diziam exatamente o contrário, que estava “tudo bem”. A dificuldade de manter um assunto único e de que um falasse enquanto os outros ouviam era sempre presente. Alguns dias conseguíamos levar mais de dez pacientes para o grupo, noutros chegávamos a ter apenas um. Dependia muito mais da gente para manter uma continuação do grupo e dos assuntos. Essa exigência de ter que refazer a cada dia o convite para participar de um grupo ou para fazer um passeio foi uma das coisas que mais me dava trabalho, Chamar por um paciente que não saia do leito e ter de insistir todos os dias para andar um pouco. Muitas vezes fracassar nas tentativas e ter ainda de continuar tentando, senão ele continuaria lá. Reiterar todos os dias o motivo que eu tinha para estar ali, para fazer cada coisa. Repensar meus atos e procurar o que deveria fazer.

21 Como não havia uma série de tarefas que me fossem entregues com os devidos prazos para realizá-las, cabia a mim uma liberdade para escolher o que eu faria em um dia, um ano. Uma liberdade que deu muito trabalho para cumprir. Pensar em como fazer esse estágio, como realizar um trabalho que eu não sabia como fazer, que mesmo depois de um ano eu não sei se o que deu certo foi por algo que eu fiz. Fazer algo que eu não consigo entender, que não consigo estabelecer relações de causalidade quiçá leis. Algumas coisas eu pude perceber, não foram aleatórios os meus atos. Mas não havia uma compreensão total sobre aquilo a que eu me propunha tratar, eu pude estabelecer direções, mas não havia garantia. Nisso residiu a maior dificuldade. Não se tratava de uma competente execução de técnicas, para as quais eu

teria sido treinado. Não se tratava da aplicação de um saber. A orientação era outra. Cabia a mim construir.

UM LUGAR PARA O ESTAGIÁRIO

22 O contato com profissionais com formações diferentes foi extremamente enriquecedor, sobretudo pela recepção que recebi. Médicos psiquiatras, assistente social, terapeuta ocupacional e psicólogas. Alguns com vários anos de experiência, outros recém formados. Minhas dúvidas foram ouvidas e na medida do possível orientadas, A supervisão com XX, XX, e XX consistiu no principal espaço para elaboração, sem o qual seria impossível a permanência por um ano na enfermaria.

23 Sem dúvida foi urna experiência extremamente formadora, algo que as aulas na faculdade não seriam capazes de oferecer. Por melhores que os exemplos fossem, vivê-los foi outra coisa. Que tentei trazer neste relato, mas eu trouxe notícias, os fatos eu não sou capaz de transpor.

ENCAMINHAMENTO

24 O que primeiramente busquei quando escolhi esse estágio foi o acesso a um material clínico e uma supervisão que só pude encontrar na enfermaria masculina e na dedicação dos professores e pessoas que cuidam do estágio na rede de saúde mental.

25 Encontrei mais que um lugar de formação. Deparei-me com uma atuação que justificou a minha escolha de graduação e que me deu uma direção que não encontrei em um laboratório de psicologia experimental. Remetendo-me as questões que me moveram para iniciar a minha análise pessoal e a minha monografia de graduação. Sigo para mais um ano de estágio, agora em um Caps. Esperando ser encontrado por situações tão formadoras quanto aquelas da enfermaria, mas agora em um tempo diferente do tratamento, ainda na gravidade.

Texto 3:

Título: A presença desinteressantemente interessada na Enfermaria de Longa Permanência

Chegando ao Serviço

1 Trabalhar na Longa é um desafio. Cada trabalhador deve encontrar em seu trabalho um desafio. Todavia, acho que trabalhar na Longa faz com que nos deparemos com um desafio maior, já que o nosso trabalho ali não é uma tarefa objetivamente definida. O nosso trabalho é não deixar que o trabalho acabe, é acreditar que sempre algo mais é possível e investir nisso.

2 Chegar na Longa não é fácil. Sempre falamos dos mitos que cercam a enfermaria - de pacientes que ficam deitados no chão, deitados no sol, que comem fezes, que chupam a bala com papel. Sempre falamos do cheiro ruim, das caras bizarras, dos pedidos sem fim. E muitas vezes nos esquecemos de falar, talvez porque preferimos esquecer de pensar, de que na Longa nos deparemos com o abandono familiar e social daquelas catorze pessoas. Falamos muito que elas são o resto, a herança de uma psiquiatria que os reduziram a um cérebro que não funciona bem e, falamos pouco que aquelas pessoas estão ali porque não tiveram famílias que pudessem acolher suas loucuras. Quando apreendemos que ali loucura, miserabilidade e falta de dignidade se misturam não dá vontade de voltar no dia no dia seguinte.

3 Apesar disso voltamos e voltamos porque queremos saber o que pode ser feito ali. Que trabalho relacionado à clínica pode ser realizado na Longa? O que temos possibilidade de fazer na Longa que não adquira o caráter de filantropia?

4 Diante de tantas questões o que emerge é a tão e tão falada angústia. Nunca escapamos de falar dela. Angústia de não saber o que eu fazer ali, A angústia de não saber como me integrar àquela equipe, que tantas vezes parece estar tão institucionalizada como os pacientes. Angústia de não ser ouvida dentro da equipe. Angústia de ter que escolher um paciente.

Angústia para escolher o paciente. Angústia, angústia, angústia: era só isso que eu sentia no início do estágio.

5 Com pouco tempo de Longa me dei conta de que não ter definido a priori o que fazer como estagiária era muito interessante, uma vez que isso me deu a possibilidade de fazer muitas coisas, me deu a possibilidade de movimentação.

6 Com um pouco mais de tempo vi que a equipe nos acolhe sim, nos integra ao trabalho, cada um a sua maneira. Vi que eles nos ouvem. Nos ouvem e nos respondem, as vezes bem as vezes mal. A equipe, assim como os pacientes, são sensíveis à nossa presença e ao nosso investimento ali na Longa.

7 Acho, no entanto, que a maior alteração na nossa passagem por ali se dá a partir do momento que temos um paciente para acompanhar. Quando começamos a acompanhar um deles é que temos notícias de como nossa presença tem efeitos, como nossa disponibilidade para ouvi-los faz diferença. É porque estamos ali investindo maciça e diariamente que podemos ver mudanças: ora bem visíveis, ora bem sutis. É pelo nosso investimento que as coisas se operam, porém não podemos pedir demais, não podemos estar próximos demais. Assim é nossa presença na Longa: desinteressadamente interessada.

O início do acompanhamento terapêutico

8 Laura é uma paciente que se preocupa bastante com sua aparência, ela mesma escolhe suas roupas e toma conta de seu armário, possuindo uma chave deste. Ela é muito observadora e faz comentários sobre as roupas de quem frequenta a enfermaria. Laura é também, de modo geral, atenta ao que acontece (por exemplo, se um paciente bateu em outro, se tem alguma reforma, ou se tem alguém doente) na enfermaria; e relata os acontecimentos quando nos aproximamos dela.

9 Ela talvez tenha sido, em um primeiro momento na enfermaria, a paciente que menos me chamou atenção. Ela está longe de ser uma das mais querelantes, não te aborda insistentemente. Meu primeiro contato mais próximo com Laura foi um dia em que eu a

acompanhei a musicoterapia. Quando sentamos no banco para aguardar sua vez e ela cantou: “Hiena (ou Helena) aurora até papai mamãe foi em casa uma hora’. Achei a letra da música inusitada e isso me despertou interesse.

10 À medida que passo a acompanhá-la ela começa a me fazer pedidos de acessórios — brincos “de orelha fuidada”, bolsas, anéis — e também começa a observar minhas roupas e adereços. Fala sempre sobre meus cabelos, que são “bonitos, compridos e pretos” e comenta que gostaria de ter cabelos como os meus.

11 Um dia, estávamos sentadas na enfermaria e Laura canta uma música que era uma produção sua: “Cocoricó o pinto da galinha” (sic). Pergunto que música seria aquela e ela me diz que eu costumava cantar essa música enquanto eu a arrumava para irmos à casa de “tia Gertrudes” (sic). Digo que não havia entendido e ela repete a frase. Resolvo perguntar quem seria eu e ela responde: “Eu sei que você tem outro nome, mas eu falo que você era a Laudicéa”. (sic) Levo este fato para supervisão e a discussão aponta-nos que Laura estava tendo a possibilidade de fazer um vínculo comigo.

12 Através desses indícios podemos perceber que nós - Eu e Laura - tínhamos um trabalho em andamento e foi também por meio dessas pistas que elaboramos - a equipe - seu projeto terapêutico. Traçamos como direção de trabalho que eu me ocuparia da dificuldade de Laura em lidar com dinheiro e da relação que ela tem com seu corpo, além do estudo de seu prontuário.

Estudo de Prontuário

13 A primeira internação de Laura no HPJ foi em (XX/XX/1982). Na guia de internação consta a seguinte anotação: “Chegou ao hospital catando guimba de cigarro dando mostra de certa deficiência. Afinal, entendemos que ter-se-ia evadido de (um outro) Hospital no Rio. Fala que o povo chamou-a de ‘ladrona de galinha’. Confirma que ‘dava ataques’ e mostra certa viscosidade”. Ela conta que fugiu do Pavilhão três e diz que quer voilar para lá.

14 Em sua ficha de identificação é apontada como procedência a Fundação Leão XIII. Laura cita nomes de familiares: Zé (pai); Marta (mãe); Nadir, Terezinha (irmãs); Deir (irmão); Fátima Maria (tia). Nessa época foram feitas tentativas de localizar sua família através do Hospital XX, todavia não obtiveram sucesso.

15 Segundo relato de uma técnica de enfermagem Laura não chegou a passar pela enfermaria feminina de agudos. Ela ficou cerca de três meses em um setor que era chamado na época de admissão e depois foi transferida para a enfermaria de longa permanência. Esse encaminhamento se deu em consequência do histórico de outras internações da paciente e também em decorrência do abandono familiar.

16 No ano de 1984 foram coletados novos dados. Sua origem seria Saracuruna e sua profissão seria lavadeira. Laura foi chamada para falar de sua história, ela mostrou-se ansiosa, prestava atenção nas perguntas e as respondia. Fala que seu irmão “era um rapazinho que andava calçado”, que sua irmã Terezinha engatinhava e que costumava ir a bailes com Nadir. Cita as tias Gertrudes e Rita. Segundo Laura ela e sua mãe lavavam roupas para fora. Ela conta que a mãe morreu no parto de um casal de gêmeos, que também não resistiram. Ela não soube precisar sua idade, diz apenas que era mocinha nessa época. Relata ter chorado perto do corpo da mãe. E diz que logo após este acontecimento seu pai comunicou-lhe que a internaria, pois este queria “colocar outra mulher em casa”. Segundo Laura ela não sabe o motivo de sua primeira internação, que foi no Hospício XX, no qual seu pai ia visitá-la aos domingos e sempre levava um presente para ela. Com sua transferência para a Fundação Leão XIII ela perde o contato com seu pai. Ela pede para que escrevam ao seu pai para que ele venha buscá-la.

17 Em 1986 Laura participava das atividades dentro da enfermaria. Foi feita outra busca pela família, essa também sem sucesso. Ela tossia muito e expelia secreção esverdeada e sanguinolenta, submeteu-se a exames e foi medicada. Durante o ano de 1987 Laura passou por períodos de agressividade chegando a agredir fisicamente técnicos, continuou apresentando muita tosse e expectorava em grande quantidade.

18 Laura tem muitas crises convulsivas em 1988, No mês de julho ela foge durante uma festa julhina sendo encontrada pela (XX) DP no bairro XX. Por causa de seu quadro pulmonar, ela cuspiu muito sangue, foi encaminhada ao Hospital XX.

19 No início de 1990 Laura ficava sentada em uma cadeira de rodas mesmo podendo se movimentar normalmente. Ela queixa-se das vozes que ameaçam matá-la e da inveja das outras pacientes. Fala de sua vontade de ir para casa e chega a tentar fugir. No final deste mesmo ano ela participa da confecção do presépio, pinta o rosto dos bonecos de barro de branco e a cara dos animais de preto. Diz ser a mulher de Deus. Participa das oficinas de musicoterapia. Dorme pouco a noite e canta pelos corredores. Seu quadro clínico continua o mesmo: sofre crises convulsivas e expele secreção fétida ao tossir.

20 Todavia, em 1991 sua condição se agrava. O quadro pulmonar é muito grave, ela a vomitar sangue. Em fevereiro foi feito o diagnóstico de tuberculose e ela segue em tratamento até agosto. Teve crises convulsivas e um abscesso no deltóide direito. Laura se recusava a tomar a medicação e houve episódios de contenção. Ela pede para escrever a seu pai para este ir buscá-la.

21 Em 1992 Laura força o portão para sair do hospital. Ela é encaminhada a vários especialistas: ginecologista, odontologista e a um clínico. No prontuário só consta a justificativa do encaminhamento ao clínico, que foi em decorrência de seu quadro pulmonar. Não há relato de como foram as consultas. Ela coopera com as atividades da enfermaria. Em setembro tem uma convulsão com vinte minutos de duração.

22 No ano de 1993 Laura sofre muitas crises convulsivas. Em março foge do hospital com uma paciente do Albergue. Em junho apresenta episódio de agressividade e inquietação, joga pedras para o alto e bate nas portas. Em uma manhã de outubro ela queixa-se de dor de dente e a tarde tem uma crise convulsiva.

23 Em março de 1994 Laura se queixa de estar largada no hospital e diz que sente saudades de casa. Ela fala: “Filha solteira, trabalhava em casa, lavava roupa, fazia roupa, fazia comida, ganhava dinheiro”. Ela conta que quer trabalhar e fazer costura. Em maio ela apresenta episódios de desorientação e agressividade, ela joga pedras na rua. Em julho volta a falar de sua casa, conta que tinha animais como cachorro, gato, boi e cavalo, imita os sons desses animais e conta também que gosta de carne seca no feijão. Ainda em julho há relato de que Laura participava das oficinas de culinária e de costura que eram realizadas na enfermaria, ela até mesmo bordava com o auxílio de uma técnica. Em novembro ela pede para se maquiar e para cortar os cabelos “para ficar bonita”.

24 O ano de 1995 foi repleto de queixas clínicas. Laura tem longas crises convulsivas, queixa-se de dor no peito em julho, tem conjuntivite em dezembro, teve infestação de piolhos. Ela simulava tomar os remédios e depois os cuspiu. No ano de 1996 seu quadro epilético foi mais controlado, teve menos crises convulsivas, mas seu problema respiratório agravou-se, ela apresentou tosse com secreção durante todo ano, tinha grande dificuldade respiratória. Por isso ela foi proibida de fumar e mostrou-se bastante irritada com esta impossibilidade. Ela conversava com as paredes.

25 Em 1997 as crises convulsivas continuaram diminuídas. Porém o quadro respiratório manteve-se grave. Ela apresentou episódio de agressividade de irritabilidade seguido de episódio de alegria no qual ela dançava e cantava pelo corredor da enfermaria. Ela relata saudade das irmãs Nadir e Laudicéa e conta que seu pai José comprava comida para elas. A medicação usada era Fenobarbital, Haloperidol e Biperideno.

26 O ano de 1998 foi cheio de intercorrências clínicas: imobilização de membro superior direito em consequência de queda, furúnculo, edema em membro inferior esquerdo, inflamação nas orelhas por causa de brincos, secreção nos olhos. Apresentou algumas crises convulsivas e o quadro pulmonar manteve-se com a mesma gravidade. Em janeiro e em junho ela apresentou episódios de desorientação e tentativa de fuga (em junho) seguidos de momentos nos quais ela se abandona no chão e urina-se. Em maio dá passeios na praia e brinca com a areia.

27 O ano de 1999 é um ano sem grandes complicações clínicas, mas muitas psiquiátricas. Laura durante todo o ano despia-se, apresentava falas desconexas, desorientação, recusa as medicações e a alimentação. Fala da mãe, da morte e enterro desta, queixa-se que ficou largada e que seu pai a internou no Engenho de Dentro. Julho talvez tenha sido o mês mais complicado: o plantão teve que ser chamado mais de uma vez, pois ela batia as cadeiras nas mesas, arrastava-se nua pelo chão e chorava, quebrou o espelho, jogou as canecas pelo corredor. Em novembro isso o plantão volta medicá-la porque ela batia nas paredes, jogava objetos, dizia que queria morrer e ir embora desse hospital.

28 No ano de 2000 Laura é considerada desorientada quase todos os dias. Ela participou das oficinas propostas sendo elas: oficina de lápis, de pintura, de beleza, de música. Fala um pouco de si, diz que era “Laurinha” e que quando cresceu era chamada de “Laura Duarte”;

conta que sua mãe lavava roupa para fora e ela a ajudava. “Minha mãe era direita. Meu pai me internou no XX”. No mês de setembro ela despe-se alegando que vai ficar surda com os “estalinhos” no ouvido. Sua doença pulmonar continua grave e ela cospe sangue em todo corredor da enfermaria. Sua medicação era Fenobarbital e Diazepan.

29 Em 2001 a queixa mais comum foi de que Laura demorava a atender as solicitações da equipe e das freqüentes vezes em que se despia. Em meados de março Laura recusa-se a almoçar e foi questionada se ela estaria bem, ela responde que não, pois apesar de querer ir para casa não teria essa possibilidade já que “fica ruim” se ficar sozinha. Uma semana depois Laura estava ansiosa, chorando e andando pelo corredor. Seguidos alguns dias deve que ser contida em conseqüência de quadro de agitação durante a madrugada (derrubou cadeiras e lixo, batia na porta, acordou os pacientes), O mês de maio foi um período de maior desorientação e desorganização, ela chega a apresentar dificuldade para dormir (o que quase nunca consta no seu prontuário). Em início de julho encontro o seguinte parecer psiquiátrico: “Quadro residual com possível comorbidade demência precoce. Hospitalismo”. Laura pede muitas vezes para ir para qualquer outro hospital melhor que este. Em outubro pede para ser levada ao XX, pois ela não queria mais ficar aqui e também porque foi lá que seu pai a deixou de caminhão. E em meados de dezembro sofre crise convulsiva, após longo tempo sem apresentar este sintoma. Sua medicação era Tegretol, Gadernal, Amonofilina.

30 Em 2002 Laura escondia os remédios e tentava jogá-los fora. Volta a falar de seu passado, fala de suas irmãs Laudicéa e Terezinha e repete que seu pai a internou no XX. Relata: “aqui fazem maldade, eu fiquei aqui, tinha um soldado, o nome do soldado é bonito, é bonito pra dançar, eu queria ir pra lá (e aponta em direção a saída) a mulher puxa eu pra cá no braço. Eu tava com o soldado e elas correram pra lá, falaram que Laura tava cantando o soldado, que eu queria dançar com o soldado. O nome dele é bonito, é grande assim. Eu deito na cama, eu deito com Deus, me deito com deus e falo amém espírito santo.” Em abril Laura queixa-se de ouvir gemidos de homem a noite e diz ter medo desses gemidos. Pergunta a uma técnica se esta tem se encontrado com sua irmã Laudicéa. Volta a reclamar de vozes dizendo que vão matá-la. Em julho diz que gostaria de ir embora para casa, mas não podia, pois seu pai não a queria lá. Fala que nunca namorou e que tinha uma irmã namoradeira e que por isso tinha inveja da irmã. Conta que seu pai chegava à casa bêbado de cachaça. Relata que quando saiu de casa “fudeu com um homem” e teve um bebê, mas deu este para a mulher dona da casa

onde morava. Laura reclama que não vai “lá fora” e comenta que gosta de ir lá, mas quando saía com algum técnico não queria retomar a enfermaria. Aparecem alguns registros sobre a sexualidade da paciente: ela se envolve sexualmente durante seus passeios desacompanhados e fala de alguém que “enfia o dedo na buceta e dá para o outro cheirar”. Comportamento peculiar a própria Laura. Algum tempo depois ela queixa-se de não ser levada ao médico e diz que por causa da comida e do banho ela sente dor no peito e “por dentro”. Volta a dar notícias das alucinações auditivas dizendo que ela será morta. Participou as oficinas de música e argila. Apresentou uma convulsão em final de outubro.

31 Laura começa o ano de 2003 agressiva, chegando ser necessário fazer medicação SOS. Diz a uma técnica que se sente muito querida por esta e que todos os outros só gostavam dela por causa dessa técnica. Fala que não é má e que por isso pode ir para casa. Em fevereiro ela diz que quer ficar sozinha no pátio e se compromete a voltar depois.. Em junho as queixas por não fumar aparecem e por não ganhar cigarros Laura chama a psicóloga de bruxa, se recusa a voltar para a enfermaria e diz que vai roubar coisas do carrinho do Denis, Ela fala muito de sua família, conta coisas sobre suas tias, que ia visitá-las, que Laura era namorada, que seu pai as batia e bebia cachaça. Em julho fala dos estalados no ouvido. Em outubro ela conta: “Meu pai me levou pro hospital, eu entrei no carro e ele disse ‘A Laura é biruta’. Meu pai colocou a mão assim, reza e diz ‘Fica aí’”. Aparece o relato de Laura contar que foi para Macaé com Laudicéa e que em casa ela era chamada de Laurinha, mas que no hospital isso não acontecia. Comenta que sua irmã deve sentir saudades dela: Eu acho que a Terezinha tá com saudades de lá em casa”.

32 Em 2004 Laura pede sempre para sair e se queixa muito por não ganhar café. Em março ela conta que em sua casa tinham muitos gatos e diz que ouviu um cavalo vindo

atrás dela e falando “Laura vai morrer”. Em abril ela cata na musicoterapia: “Eu vou-me embora, Meu Deus, eu vou. Eu vou-me embora desse inferno eu vou”. Em outubro fala que pedia muito para sua mãe coloca-la na escola, mas que isso não aconteceu. Queixa-se muito de ser chamada de feia. Diz que a televisão ameaça matá-la e fala dos estalados no ouvido. Conta que sua mãe cortava as calças e as camisas de botão que seu pai usava, e comenta: “chamava ela de mamãe, não lembro o nome dela não”. Diz que o Dr. Anderson é seu pai e pede para este leva-la para casa. Conta sobre sua gravidez, diz: “A mulher passou leite de colônia no meu corpo e rezou, tirou o neném pela buceta. A mulher falou ‘não conta pro seu pai não’ e

me deu uma nota de 50 mil réis e eu joguei o dinheiro assim em casa”. Conta que reza baixinho antes de dormir: “Com Deus me deito, com Deus me levanto com a graça de Deus e do espírito santo”.

O trabalho com dinheiro e as saídas da enfermaria

33 Meu trabalho com ela é também acompanhá-la em saídas da enfermaria ou saídas nos arredores do hospital, idas ao médico e ao dentista. Vamos ao mercado comprar bananas para ela: “Me leva lá onde tem banana educada, de casca” (sic). Vamos olhar as bijuterias da lojinha, à estação das barcas para tomar guaraná. Ou muitas vezes me sento ao seu lado no seu quarto ou no corredor da enfermaria e ouço que ela tem a me dizer naquele dia. A partir do momento que Laura [começa a transitar mais pelo hospital, a frequentar hall e o pátio externo; a partir desse momento ela começa a queixar-se que as pessoas lhe pedem dinheiro quando ela pede cigarro ou café. Ela diz muito irritada que não tem dinheiro e que “na casa dos pacientes” lhe dão tudo sem pedir dinheiro em troca. “Eu to querendo chorar porque ele pede dinheiro e eu não dou nenhum tostão. Eu queria beber café com aquele homi”. (sic) Tentamos explicar a ela que as pessoas pedem dinheiro porque aquilo é o trabalho delas; mas, não tivemos muito efeito. Então, em nossas saídas, começo a dar o dinheiro em sua mão para que ela compre seu café. Ela dirige frases interessantes aos vendedores como, por exemplo: “Eu quero um café, você quer o dinheiro?” (sic); ou um dia pede um café a Denis e enquanto ele confere as moedas ela fala “é muito?” (sic). Ou então, quando me despeço dela e ela me diz: Você vem amanhã? Então traz dinheiro para me levar pra tomar um cafezinho naquele homi”.(sic) -

34 E estas saídas parecem desempenhar um papel fundamental para Laura. Sempre que chego a enfermaria ela me pede para sair comigo, diz que quer tomar café, tomar guaraná, ver os brincos e as bananas educadas. Ela comporta-se muito bem em nossas saídas, observa tudo atentamente, sejam os pacotes de macarrão e feijão do mercadinho, sejam as bijuterias. Se os convites partem de mim ela sempre os aceita prontamente. Topa trocar de roupa se for preciso. Geralmente sai sorridente e na hora de voltar não apresenta resistência. Ao chegar à enfermaria conta a alguém da equipe de enfermagem o que fez em seu passeio. Ela também

pode contar de passeios que fez há algum tempo com outras pessoas. Laura parece sentir muita falta de sair da enfermaria e é ela mesma quem diz isso quando perguntamos se ela está bem: “não tô bem não. Não fui passear” (sic). Ou fala sobre os outros pacientes: “eles vão lá fora e não me chamam, eu fico aqui” (sic). Ela se queixa muito se não sai da enfermaria. E isso fica como uma questão para nós, pois na maioria das vezes ela pede para sentar-se no hall para tomar seu café e fica ali observando a movimentação do hospital, sem fazer nada aparentemente especial. Que funções essas saídas seriam?

O trabalho com o corpo e com o nome

35 Laura não me colocou no lugar da irmã que a arrumava novamente. O que eu percebia é que Laura se vincula a mim através de minhas roupas e adereços. E durante o acompanhamento ela começa a fazer um vínculo comigo através de uma espécie de especularidade. Ela veste uma blusa de mangas compridas se eu assim estiver vestida naquele dia, me pede para pintar suas unhas da mesma forma como as minhas estão pintadas e o mais interessante é que ela fala de mim como se estivesse falando dela própria. Se ela está bem ela diz que estou muito bonita naquele dia, ou o contrário, quando não está bem ela diz que sou muito feia. - Certa ocasião ela se olhe espelho e diz “Tô muito feia com esta roupa” (sic); pouco tempo depois ela se aborrece, pois perde um anel que eu havia lhe dado naquela manhã vai - até o posto de enfermagem, me olha com raiva e diz: “sua feia, sua feiona, você tá muito feia com essa roupa” (sic). Ou ainda um dia em que eu a levo para “passear” fora do hospital, após um longo período no qual ela foi impedida de sair da enfermaria, ela me diz: “Você tá até melhor bonita direita” (sic) Laura é uma senhora que raramente usa calças compridas e inclusive é difícil fazê-la vestir uma em dias frios. É preciso dizer que geralmente vou à enfermaria de calça comprida; certa manhã chego à enfermaria de saia e ela não esconde sua decepção: “você não veio de calça hoje. Eu botei a calça pra te esperar”(sic)

36 O que eu tenho observado é que ela tem se vestido em melhor alinhado, combinado melhor as peças de roupa. Em uma manhã. manhã após seu banho e café, Laura, que usava um vestido do qual gosta muito e diz ser muito elogiada quando o veste (“Eles falam a Laudina

fica bonita com essa roupa” (sic)), e pede para olhar-se no espelho. Olha-se de frente, de costas e de lado. Mas, não fica muito tempo.

37 Em outra manhã chego à enfermaria e Laura estava com seus cabelos tingidos. Comento com ela que percebi a mudança e pergunto se ela gostou. Ela diz que não, pois um homem disse que ela estava feia e completa dizendo que eu era bonita e ela era feia. Eu digo a Laura que não concordo que ela seja feia e proponho que ela se veja no espelho. Ela aceita e relata que alguém tinha dado um “espelho miudinho” (sic) para ela se ver, mas que ela gosta de olhar-se no espelho grande, espelho no qual é possível que ela veja todo seu corpo. Dirigimo-nos até o espelho, Laura olha-se no espelho e diz: “é tô jeitosa” (sic) e fica algum tempo olhando fixamente sua imagem no espelho e tecendo comentários similares ao citados logo acima. Considero este fato de enorme relevância, pois no início de nosso (meu e de Laura) trabalho ela me tomava como uma superfície que refletia sua imagem, a imagem que ela tinha de si, se é que tinha um “si” ali, naquele momento; assim eu estava bonita ou feia, jeitosa ou desarrumada. Ela chega a proferir frases como: “eu gosto mesmo de olhar pra você porque você é bonita mesmo” (sic). Ou ainda me recebe sorrindo e diz: “eu contei a ca aquela viesse aqui hoje” (sic); eu pergunto de quem ela falava. Ela responde: “De você. Eu tô me vendo você” (sic). E um mês depois destes episódios ela pede para se olhar no espelho, ela pôde se olhar no espelho ao invés de me fazer de espelho. Mesmo que para que ela tenha essa possibilidade eu tenha que estar ao seu lado, em uma função parecida àquela da mãe que segura o bebê em frente ao espelho. Com relação a seu vínculo comigo eu ainda teria a dizer que nos períodos em que me encontro na enfermaria raramente observo algum comportamento desorganizado em Laura, ela não beija as paredes, não lambe os chinelos, ela não cai como se a minha presença pudesse dar uma sustentação, um limite. E percebo que isso começa acontecer a partir de um dia no qual Laura me bateu com o cordão que prende sua chave. E eu seguro em sua mão e digo: “se você está chateada comigo podemos conversar, mas me bater eu não vou deixar”. A minha impressão é que seus episódios de agressividade são manifestações de algo que foge a seu controle, pois minutos depois ela me abraça e me diz: “Gosto muito de você” (sic).

44 Retomando o que foi dito no início, um dos primeiros pedidos que Laura me fez foi para eu lhe dar “um brinco de orelha furada”. Estudando seu prontuário descobro que esse é um pedido antigo. Após discussão em supervisão e em reunião de equipe ficou decidido que eu a

levaria para furar as orelhas, resolvemos correr o risco, pois não sabemos bem até onde é uma questão de vaidade ou se é algo alucinatório. Digo isso, pois além de ser um pedido que vai e volta, em uma das vezes em que apareceu ela me disse que queria furar as orelhas para que os “estalados no ouvido” sumissem.

45 Vínhamos percebendo Laura muito sonolenta nesses dias nos quais discutíamos a possibilidade de atender seu pedido de furar as orelhas. No início pensamos que se trataria de mais um período de sonolência e esperávamos a irritabilidade e agressividade que logo vêm em seqüência Mas, isso não aconteceu. A cada dia a notávamos mais sonolenta. E esta sonolência era um fenômeno engraçado, ela dormia quase todo o dia sentada, recusando-se a ir para sua cama, tentávamos abordá-la, porém dificilmente tínhamos êxito, parecia impossível acordá-la. No entanto, quando menos esperávamos Laura abria os olhos, falava sobre o que acabara de acontecer a sua volta, se levantava e andava pela enfermaria.

46 No dia em que saímos para furar suas orelhas ela estava bem e desperta. Ela sai do hospital sorrindo, no caminho me pede várias vezes: “Fura minha orelha” (sic). Na farmácia ela escolhe o brinco, senta-se para que o procedimento seja feito e não se queixa de dor. Na volta ao hospital ela chama a Chica e lhe mostra as orelhas com os brincos.

47 No dia seguinte a este fato Laura apresentou-se sonolenta de novo. No início da tarde eu estava no hospital e fui chamada a comparecer na enfermaria, pois Laura tinha caído, machucado sua boca e não dava conta de falar o que tinha acontecido. Encontro-a em sua cama, dormindo profundamente. Fico ali por um tempo e a primeira coisa que ela fez ao abrir os olhos foi colocar a mão nas orelhas para conferir se ainda estava de brincos. Questionamos se isso seria conseqüência da novidade. Todavia, rapidamente descartamos esta hipótese já que a sonolência era notada anteriormente e as quedas continuaram acontecendo. A psiquiatra diz-nos que acredita que o sono e as quedas poderiam ser efeitos colaterais de uma dosagem alta do anti-convulsivante que Laura toma.

48 Ao contrário do que esperávamos Laura quase não comentou sobre as orelhas furadas, seu único comentário, feito e forma espaçada, era que seu brinco não tinha caído de sua orelha.

49 Cerca de dois meses após a colocação do brinco este cai e se perde, Laura não fica bem com isso. Na manhã seguinte ao percebemos que ela estava sem brinco eu a encontro usando uma saia em cima do vestido. Converso com ela, explico que não nos vestimos assim e ela

aceita trocar de roupa. Ela passa a manhã no pátio externo do HPJ, quando vou buscá-la na hora do almoço me deparo com Laura deitada no chão. Aproximei-me e pergunto se ela estava bem e ela me responde dizendo que queria café. Ao retomarmos à enfermaria converso com Laura, explico novamente a questão do dinheiro, que precisamos dele para comprar as coisas, digo que não é preciso deitar no chão, que ela pode falar comigo, com a equipe sobre o que ela quer. foi quando ela me disse: “Eu perdi o brinco”. Depois que ouvi essa frase as coisas se reconfiguraram, ela não estava de pirraça para conseguir um cafezinho, ela estava chateada por ter perdido seus brincos, mas não tinha como falar. Eu digo que tinha um brinco novo para colocar em suas orelhas, ela pede para que eu coloque, olha-se no espelho por um tempo considerável, fica sorridente e pede para que eu pinte suas unhas de branco porque em seu brinco novo tinha a cor branca. Ela não comenta sobre os brincos, mas eles têm grande importância para ela. Eu tenho falado de minha saída com Laura, Ela sempre fala “ta bem”. Parece não se importar muito. Entretanto, quando uma outra pessoa pergunta o que ela acha da minha saída ela responde: “acho feio”.

4. METODOLOGIA E ANÁLISE

No presente capítulo apresentarmos o caminho que nos conduziu à categorização dos dados e à seleção de determinados segmentos dos textos com o propósito de contextualizar nossas análises. Destaco a obra *Tempo e Narrativa*, de Paul Ricoeur (2010), na elaboração de ferramentas metodológicas, que me serviram como chave de leitura para recolher pontos relevantes para a discussão neste trabalho de dissertação. Na análise, trabalho a temporalidade a partir das marcas recolhidas nos textos 1, 2 e 3, ao considerar a cronologia (sucessão linear de instantes) e o ponto de virada (estabelecimento de relações causais entre os instantes, não de maneira necessariamente linear e sucessiva), como uma estratégia de imbricação entre passado e presente. Os esquemas de conhecimento (TANNEN&WALLAT, 2002) e as estratégias de envolvimento (TANNEN, 1989) como o diálogo construído, detalhamento e a própria narrativa são considerados na análise dos textos como recursos usados recorrentemente pelos narradores a fim de transmitir uma experiência na temporalidade. Tais conceitos serão aprofundados durante o processo de análise.

4.1 METODOLOGIA: RECORRÊNCIAS E QUEBRA DE EXPECTATIVAS

Antes de empreender a análise, faz-se necessário mostrar o caminho que percorremos até chegar aos temas selecionados e aos segmentos dos dados que os ilustram. Começamos o trabalho com 10 textos identificando as recorrências presentes nos mesmos. Com o intuito de aprofundar a análise, criamos duas tabelas resumitivas de cinco desses textos bem como instituímos algumas categorizações. A primeira tabela foi denominada *discursividade* e, a outra, *estrutura narrativa*.

Na tabela da discursividade os cinco textos foram categorizados quanto a sua *organização retórica* (narra o estágio de maneira genérica ou dá exemplos específicos; inicia, desenvolve e termina falando de quais assuntos) como também em relação as suas estratégias discursivas (se o texto está estruturado em tópicos ou não; se é apresentado na primeira do plural ou singular; se há repetição, de quais palavras e com que frequência; se usa diálogo construído ou não; se faz uso de marcas temporais e em que medida há detalhamento de cenas e personagens).

Na tabela de estrutura narrativa, duas categorizações já se delinearam no momento das primeiras leituras de todos os textos, a saber, *dificuldades* e *possibilidades*, pois uma recorrência comum a todos os textos foi os narradores iniciarem seus textos tematizando suas dificuldades no estágio e posteriormente desenvolver as possibilidades de trabalho que se criaram no decorrer do tempo. Com essas categorias, identificamos onde se localizavam precisamente esses temas ao longo de cada narrativa a partir da numeração dos parágrafos. Também utilizamos, como categorias a serem identificadas nos parágrafos de cada texto, os conceitos labovianos de *resumo* (sumariza os eventos que virão a seguir), *orientação* (contextualiza a cena narrada ao indicar tempo, lugar, pessoas, circunstâncias), *avaliação* (em que o narrador emite interpretações próprias acerca do que narra) além do conceito de *ponto de virada* de Mishler (momentos de resignificação do passado e reposicionamento ante o futuro). Para que os(a) leitores(a) possam visualizar melhor o que descrevemos acima, seguem as tabelas que formulamos¹⁶:

¹⁶ Com o desenvolvimento da pesquisa compreendemos que deveríamos fazer mais um recorte nos dados, totalizando 3 textos para análise nessa dissertação. Por esta razão colocamos as tabelas somente com os dados dos três textos selecionados para análise.

TABELA 1 - DISCURSIVIDADE

Número do texto	Estratégias	Organização retórica
01 (23#s)	<ul style="list-style-type: none"> -Narrador fala na 1ª p.singular -Laço social: expressão repetida 9 vezes ao longo do texto, na maioria das vezes referia-se a paciente (#17, 6, 12, 17, 19 e 23) 	<ul style="list-style-type: none"> - Começa falando que fez uma seleção sobre o que escrever no texto(#1); - Narra sobre encontro com uma paciente em específico (Eliana); - Termina falando das possibilidades que construiu no acompanhamento junto a paciente (#20 a 23).
02 (25#s)	<ul style="list-style-type: none"> - afirmar na negativa (#7 e 8) -Narrador fala na primeira pessoa do singular - Usa termos psiquiátricos (#7 e 8) - A palavra possível só aparece uma vez (#22) e está relacionada as suas dúvidas na clínica com os pacientes; - Usa aspas, sic. e até travessão para evidenciar o diálogo construído (#13) 	<ul style="list-style-type: none"> - Começa falando sobre a escolha pelo estágio em saúde Mental; - O tema da gravidade perpassa todo seu texto e justifica suas escolhas de estágio passadas e futuras; - Narra encontro com dois pacientes de maneira mais detalhada (anônimos); - O texto tem estrutura acadêmica; organizado em tópicos temáticos;
03 (50#s)	<ul style="list-style-type: none"> - desliza entre a primeira pessoa do sing. E a primeira do pl. - Marcas temporais (#6, uso recorrente de datas e horas); - uso de aspas e sic. o que nos dá o indicativo de diálogo construído; -texto estruturado em tópicos; -texto tem uma riqueza de detalhes que vai agregando vários elementos as cenas narradas e caracteriza de forma mais matizada a paciente; 	<ul style="list-style-type: none"> - Começa falando das dificuldades no estágio; - Faz um histórico de uma paciente em específico e narra situações vividas com ela;

¹⁷ # - Significa parágrafo, a fim de sinalizar os trechos específicos do texto que corroboram minhas observações

TABELA 2 - ESTRUTURA NARRATIVA

Número do texto	Dificuldades	Ação complicadora	Resumo	Orientação	Avaliação	Possibilidade
01	#1 #2	#15 #18	#1- O que foi mais relevante... vínculo entre mim e Eliane. #6 #5 -pressupostos sobre Eliane		#3 #7	#20 #21 #22 #23
02	#8 #9	#9 #11	#1 – Esse texto foi construído com o objetivo... #2 – Eu jamais havia entrado numa instituição de saúde mental antes...	#1 #2 #4 #5	#4 #6 #7 #8	#21 #22
03	#1 #2	#49	#2 – Chegar na Longa não é... #12 – Traçamos como direção de trabalho que eu me ocuparia de Laura... #33 – Meu trabalho com ela é também acompanhá-la em saídas...	#8	#5 #34 #35 #36 #38 #39 #48	#5 #11

Tivemos um pouco de dificuldade de tentar identificar os pontos de virada em cada texto, o que acabou por se tornar um ponto relevante para a pesquisa, pois chegamos à conclusão que não havia ponto de virada especificamente. Principalmente no texto 2, que apresenta mais de uma narrativa contida em todo seu texto. Somente em uma delas é que conseguimos discernir claramente, como se poderá ver durante a análise do mesmo. Se o ponto de virada é o propiciador do sentido de final que observamos em Mishler, retornamos à discussão acerca da memória do futuro contida em nossos dados. Essa constatação de que não se tinha ponto de virada acabou por embasar grande parte de nossas discussões acerca da relação entre narrativa e memória.

Gostaríamos de nos deter um pouco mais nas marcas temporais - contidas na categorização da tabela 1 de discursividade, pois foi uma categorização construída por nós a partir de nossas discussões a respeito de memória, narrativa e temporalidade. Essas marcas aparecem tanto na flexão dos verbos – que oscilam entre passado e presente – quanto no campo temático, em que a passagem de tempo permite ressignificações de situações narradas. Utiliza-se a alternância de tempos verbais como recurso linguístico que atualiza a cena narrada e o próprio tema da passagem temporal como o que traz novas configurações para o acompanhamento do paciente descrito na seção 3.2.1. O que nos orientou na identificação dessas marcas foi observação das delimitações de passagem de tempo (ano, semana, dia, hora, minutos, segundos, vezes e etc.) e os verbos que indicam sucessão temporal (começar, finalizar, acabar, retornar, repetir e etc.). Identificar essas marcas temporais permitiu-nos compreender a processualidade em jogo na narrativa. Tal processualidade também está presente em nossas discussões acerca da memória. Objetivamos, assim, destacar o trabalhar com o temporal/processual implica operar tanto com a dimensão narrativa quanto memorial. Essas marcas temporais nos dão notícias de que a narrativa está discursivizando a mudança de algo. Mas o que seria esse algo? A partir da Sociolinguística Interacional podemos afirmar que os esquemas de conhecimento se modificam temporalmente nessas narrativas. O termo esquemas de conhecimento se refere “às expectativas dos participantes acerca de pessoas, objetos, eventos e cenários no mundo” (Tannen & Wallat, 2002, p.189). Transpondo esse conceito, para nos nossos dados concebemos, então, os esquemas de conhecimento como as expectativas explicitadas pelo estagiário na narrativa. Veremos que cada texto tem seus esquemas de conhecimento construídos de forma distinta, mas que são transformados no desenvolver de cada narrativa. Vale destacar ainda o que já apresentamos no início deste trabalho além dos esquemas de conhecimento construídos em cada texto há um esquema que

é transversal a todos eles, a saber, a psicanálise (BERCHERIE, 1989). Em meio a essa discursivização das transformações ocorridas nos esquemas de conhecimento dos estagiários, observamos a utilização, por parte dos narradores, de estratégias de envolvimento (TANNEN, 1989). O uso de detalhamentos, a exemplos de como fazer uma retrospectiva da história de um paciente, além do uso de repetições e diálogos construídos (TANNEN, 1989) são outras recorrências identificadas nos textos.

O detalhamento, o diálogo construído, a repetição e a própria narrativa são consideradas por Tannen (1989) como estratégias de envolvimento do discurso que tornam a narrativa mais pregnante para o ouvinte/leitor. Como exemplo, podemos pensar no narrador que elabora suas histórias como respostas aos seus ouvintes/leitores. Essas estratégias linguísticas são persuasivas e espontâneas produzindo envolvimento interpessoal. Foram exatamente essas recorrências que nos levaram a observar o fator de envolvimento causado por essas narrativas tanto em mim, pesquisadora como também observei em diferentes plateias a quem expus esta pesquisa. Em um primeiro momento, essas narrativas foram lidas para um auditório de funcionários e estagiários da rede de Saúde Mental do município ao final de cada período de estágio. Foi interessante o efeito de comoção que a leitura desses textos causou a partir de minhas observações da reação do público à leitura dessas narrativas. Guardadas as devidas proporções, estabeleci uma analogia entre o efeito que esses textos obtiveram na plateia na ocasião da leitura e aquele que essas narrativas tiveram em mim ouvinte, leitora e pesquisadora.

Após a categorização nas tabelas dos cinco textos ainda vimos-nos diante de uma quantidade enorme de dados para aprofundar a análise, pois, como já foi dito, o nosso corpus inicial era constituído por dez textos. Optamos, então, por desenvolver a análise dos três primeiros textos, pois a observação de marcas temporais, detalhamentos e diálogos construídos geraram efeitos pregnantes sobre nossa leitura, produzindo um envolvimento de nossa parte em relação às narrativas. Desse modo, pudemos considerar que os textos 1, 2 e 3 eram os que apresentavam esses pontos de maneira mais rica. Na seção seguinte, esses textos serão analisados à luz do arcabouço teórico apresentado.

4.2 ANÁLISES DAS NARRATIVAS: LAÇO SOCIAL, GRAVIDADE E PRONTUÁRIO

Apresentamos, a seguir, um resumo dos esquemas de conhecimentos dos estagiários em cada texto, os quais são resignificados a partir da temporalidade de suas narrativas¹⁸:

No texto 1 o narrador relata os erros e acertos em seu acompanhamento a uma paciente da enfermaria de longa permanência (Eliane). Repete-se várias vezes a expressão laço social e explica precisamente o que isso significa para ele (*“Eu cheguei até Eliane com uma ideia sobre ela que era aquilo que eu pensava sobre a psicose o que eu esperava encontrar nela. Era a ideia de que Eliane está fora do laço social”* - #6), levando-nos a interpretar que essa noção norteava toda sua compreensão acerca da paciente que acompanhava. Durante a narrativa vemos que a própria noção de laço social é resignificada a partir das experiências que o estagiário tem com a paciente ao longo do seu acompanhamento. Essa resignificação, que será explorada ao longo dessa seção, abre outras possibilidades de tratamento para com a paciente, ou seja, abre outras possibilidades clínicas (*“Com o tempo foi possível combinar saídas com Eliane...”* - #21; *“Depois, tornou-se possível para mim acompanhar Eliane...”* - #22).

No texto 2 o narrador conta como foi acompanhar dois pacientes anônimos: um que era muito arredio a sua presença e outro que demandava muita a sua atenção. A noção de gravidade atravessa todo o texto a ponto de determinar sua escolha pelo estágio naquele momento e posteriormente quando escolhe o Caps (*“... gostaria de ter contato com “paciente hardcore”, pacientes graves que me exigiriam uma resposta rápida e trabalho”* - #4; *“Sigo para mais um ano de estágio, agora em um Caps (...) mas agora em um tempo diferente do tratamento, ainda na gravidade”* - #25). Ele descreve casos considerados por ele graves, mas destaca que o encontro com a gravidade não é necessariamente saber lidar com ela. Isso pareceu-me interessante: ele escolhe encontrar com a gravidade, tem experiências com ela; não sabe como lidar com ela (*“... não havia uma compreensão total sobre aquilo a que eu me propunha tratar, eu pude estabelecer direções, mas não havia garantia. Nisso residiu a maior dificuldade”* - #21). Mesmo assim, no final do estágio, afirma que ainda quer continuar a se encontrar com essa gravidade num outro serviço. A impressão que nos fica é que seu esquema de conhecimento a respeito da gravidade não alcançou seu sentido de final (MISHLER,

¹⁸ Na abertura da análise de cada texto, há um resumo da temática geral de cada um respectivamente.

2002), até porque não houve um ponto de virada propriamente. Nesse texto considero ser bastante apropriado falar em memória para o futuro, pois a não resolução da gravidade o move a continuar. No processo da própria escrita constroem-se a configuração identitária do narrador, a memória do que está sendo narrado e os esquemas de conhecimento. Em outras palavras: em meio ao processo narrativo constroem-se tanto reminiscências quanto pensamentos e posicionamentos do narrador em relação a tais reminiscências que ele mesmo produz. Estamos, assim, diante de uma dimensão processual da constituição discursiva.

No texto 3 a narradora faz um relato detalhado do acompanhamento de uma paciente (Laura) da enfermaria de longa permanência, chegando a fazer um estudo de todo prontuário médico da paciente no hospital desde que ela (paciente) chegou na instituição em 1982. O levantamento do prontuário serve como esquema de conhecimento tanto para a narradora quanto para nós, leitores, que criamos expectativas a partir desse levantamento. Compreendemos o prontuário como sendo um produto polifônico e interdisciplinar no qual várias especialidades do campo da saúde fazem registros relevantes para o monitoramento do caso. O prontuário é usado como um contraponto ao acompanhamento da estagiária, o que resulta por colocá-la numa luz favorável ante ao seu leitor. Um exemplo disso seria que, ao fazer uma análise do prontuário, a narradora seleciona algumas vozes em detrimento de outras, que acreditamos ter o interesse de criar um envolvimento no leitor - seja na direção de exacerbar a sensação de repetição de comportamentos da paciente como também viabiliza uma quebra desse esquema de conhecimento que o levantamento do prontuário nos fornece. Um exemplo disso é que há descrição de 18 episódios de desorientação e agressividade da paciente nesse levantamento (*“Laura se recusava a tomar a medicação e houve episódios de contenção”* - #20; *“... apresenta episódios de desorientação e agressividade, ela joga pedras na rua”* - #23; *“despia-se, apresentava falas desconexas, desorientação, recusa as medicações e a alimentação”* - #27) e durante o relato do acompanhamento da estagiária não se identifica nenhum episódio similar a estes (*“... teria a dizer que nos períodos em que me encontro na enfermaria raramente observo algum comportamento desorganizado em L., ela não beija as paredes, não lambe os chinelos, ela não cai. Como se a minha presença pudesse dar uma sustentação, um limite”* - #39). Essa descontinuidade no tipo de comportamento apresentado pela paciente ganha uma significação relacionada ao acompanhamento da estagiária. A significação atribuída a ausência de desorientação e agressividade é relacionada a presença da estagiária, o que acaba por trazer a conotação de êxito a este acompanhamento.

Já se sabe o que pode dar certo no acompanhamento com a paciente, sendo possível que alguém o utilize ou não no futuro. Diferentemente do texto 2 em que não se sabe muito bem se algo deu certo ou não no acompanhamento, mas cabe buscar no futuro a resposta. A narradora usa o prontuário como uma estratégia a fim de preparar o leitor para o momento de virada em que a paciente não mais apresenta os comportamentos de agitação e agressividade, como vimos anteriormente. O prontuário é apresentado na narrativa como uma memória estática que é usada como pano de fundo no intuito de mostrar um passado congelado, o qual vai sendo resignificado a partir da narrativa do acompanhamento da paciente pela estagiária/narradora.

Destaco que todos os supervisores de estágio são psicanalistas e os primeiros leitores dessas narrativas. Isso nos orienta na compreensão acerca da construção do esquema de conhecimento do estagiário baseado num conceito da psicanálise. A escolha por discursivizar seu esquema de conhecimento a partir desse campo não é ingênua, mas está circunscrita socialmente e institucionalmente. Essa presença do discurso psicanalítico de alguma forma atravessa todos os textos explícita ou implicitamente.

4.2.1 “A MAIS ANTI-SOCIAL DAS CRIATURAS”: CONSTRUÇÃO DO PONTO DE VIRADA

O texto 1 é composto por um único caso clínico, no qual o narrador vai relatando diversas situações de embates e tensões vividas junto à paciente da enfermaria de longa permanência. Há referências em sua narrativa ao próprio ato de escrever sobre sua experiência de estágio levanta questões não só concernentes à paciente, mas também à equipe do hospital em que esteve inserido. Todos os três textos são permeados por marcas temporais. Essa é uma característica comum aos três, mas o texto em questão tem o diferencial de não fazer uso de diálogos construídos.

Ao analisar o primeiro texto pudemos destacamos alguns trechos que nos dão indicativos do que vem antes e depois do ponto de virada. Achemos interessantes mostrá-los a fim de exemplificar melhor como o ponto de virada se dá em uma construção narrativa. Ao qualificar sua entrada numa enfermaria de crônicos e de acompanhar uma paciente de lá, o narrador utiliza termos tais como “*tenso, polêmico, muito difícil e desagradável*” (#2). Ele

compreende a paciente a partir da idéia de laço social que é utilizada pela psicanálise (MILLER, 1997). Aqui poderíamos considerar, então, um esquema de conhecimento da própria psicanálise¹⁹, pois esta atravessa a formação discursiva desse aluno a começar pelo termo usado relativo a esse campo teórico: “*Eu cheguei até Eliane com uma idéia sobre ela que era aquilo que eu pensava sobre a psicose o que eu esperava encontrar nela. Era a idéia de que Eliane está fora do laço social*” (Texto 1, #6). Nesse trecho temos um ponto de avaliação sobre a paciente através do qual o narrador explicita seu esquema de conhecimento baseado no conceito de laço social da psicanálise. É a partir da explicitação do esquema de conhecimento que acompanhamos no decorrer da narrativa se tal esquema será corroborado ou sofrerá uma quebra ou uma descontinuidade, o que propiciará, então, o ponto de virada. Ao utilizar verbos no passado (ex: cheguei, era, pensava e esperava), o narrador está construindo a memória do que foi, o que sugere que o esquema que ele está descrevendo já mudou. O narrador olha para o passado rememorando um estagiário que ele não é mais, pois expressa seus pensamentos no passado, levando-nos – leitores - a compreender que o acabou de ser narrado não existe mais tal como era. Essa descrição de um pensamento do que havia torna os leitores predispostos a querer saber o desfecho dessa mudança de compreensão acerca da paciente, ou seja, o próprio modo como o esquema de conhecimento é descrito pode ser encarado como uma estratégia discursiva, visto que cria expectativas no leitor quanto ao que há de vir.

Não só a psicanálise atravessa seu discurso como também o cinema o ajuda na construção dos seus esquemas de conhecimento. Após a explicitação de sua concepção acerca do laço social, o narrador apresenta uma analogia com uma cena de filme, na qual reconhece explicitamente que tal concepção era uma idealização sua.

A idéia que eu fazia do laço social era aquela idealizada que eu vi na cena de um jantar burguês de um filme de Buñuel, na qual cada movimento dos laços sociais daquela mesa estava imbuído de um código preciso de civilidade. Eu pensava a rua assim. Pensava que do convívio social da rua estavam excluídos a aproximação súbita de Eliane para conseguir um cigarro

¹⁹ Como esta dissertação não se debruça sobre as categorias da psicanálise, sugerimos para aprofundamento as obras de Sigmund Freud, Jacques Lacan e Jacques-Alain Miller que tratam do referido tema. O que nos interessa é como o narrador constrói essas categorias no decorrer do seu texto, por mais que possa ser equivocada em relação ao que a própria teoria psicanalítica nos informa.

ou uma breve audiência com um bombeiro ou um policial no seu quartel ou em sua viatura; ou seja, da minha idéia de rua estava excluída Eliane (#13)

O narrador lança mão de outra narrativa, nesse caso fílmica, para exemplificar seu esquema de conhecimento a respeito da psicanálise e da própria paciente. Consideramos essa exemplificação como sendo outra estratégia de envolvimento, pois constrói uma cena baseada em outro tipo de narrativa para tornar mais pregnante para nós, leitores, suas interpretações.

É através do esquema que o narrador constrói de laço social, anteriormente observado na análise de fragmento do parágrafo 6, que ele concebe a paciente, e a partir disso pauta suas ações para com a mesma. No parágrafo 13, a narrativa começa a introduzir, de modo mais claro, a resignificação desse esquema que começa a ser considerado como utópico, pois vai de encontro ao modo de ser da própria paciente, o que acaba por inviabilizar o acompanhamento. O narrador nem considera que a paciente seja um sujeito, mas sim “a mais antisocial das criaturas” (#6), pois levanta seu vestido na frente das pessoas, constrange as pessoas pedindo cigarro ou olhando fixamente para alguma comida que a interesse. Ao compreender a paciente desse modo ele passa a ser preventivo (*“Eu me colocava sempre a sua frente, para prevenir”* - #8) em relação a esse comportamento anti-social, colocando-se sempre a frente dela, propondo saídas programadas em que fazia uma lista com itens a serem procurados e o itinerário (*“me colocava na frente de Eliane era propondo a ela saidas programadas. Elas tinham uma lista de compras em que previamente decidíamos os objetos que ela compraria, o itinerário que percorreria para isso e o limite de gastos que seria permitido”* - #9).

Interessante estabelecer relações entre o que vem antes e depois na construção dessa narrativa. Os parágrafos 8 e 9, mencionados acima sugere-nos que essa concepção idealizada sobre o laço social começa a fazer ruir de fato o acompanhamento a partir de algumas atitudes do estagiário para com a paciente. Ao relacionarmos sequencialmente com a exemplificação da cena de filme do parágrafo 13, podemos interpretar que o narrador insere uma outra cena a fim de fornecer uma explicação ainda mais convincente ou envolvente sobre suas tentativas de bloquear os comportamentos inadequados da paciente. A cena do filme pode ser utilizada para que interpretemos que o estagiário tentou imbuir a paciente “de um código preciso de civilidade” (#13), mas já sabemos que essa é uma atitude ingênua, pois foi considerada pelo próprio narrador, como uma cena idealizada, que difere muito do real que ele passa a perceber na paciente. O fato de ele considerar a cena do filme uma idealização já configura-se como

um recurso discursivo que aponta para a resignificação do esquema de conhecimento a respeito do laço social. Outro ponto passível de destaque é considerar a cena fílmica como idealização dos espaços sociais. A cena traz, ao narrador, a ideia de rua como um campo onde se exercem as convenções estabelecidas pela civilidade. A mesa e a rua são retratadas como espaços de contenção social, onde não são cabíveis explicitações subjetivas como a de Eliane. A partir desse ponto podemos considerar que a cena contribui tanto para exacerbar a sensação de que Eliane está totalmente em desacordo com essas convenções e de que o estagiário ocupa essa contenção humana/física para as atitudes inapropriadas da paciente como também para que o narrador questione sua postura de zelador das convenções sociais, pois percebe como essas tentativas de impor civilidade está prejudicando seu vínculo com a Eliane: “...*não me sinto mais autorizado a falar a Eliane quais lugares ela pode ou não frequentar e de que maneira*” (#19). Mostra-se que as idealizações do campo social que orientam as ações do estagiário para com a paciente não comportam a complexidade da psicose, que sempre transborda essas idealizações.

Ao bloquear a paciente em suas possíveis investidas nos objetos e pessoas, ela começou a reclamar dele na enfermaria e recusá-lo a acompanhá-la: “*Eliane começou a me recusar; e foi necessário que isso acontecesse para que eu me convencesse de que há um sujeito ali onde eu via uma criatura, pois é preciso ser sujeito para recusar alguma coisa*” (#15). Nesse trecho observamos o início de um ponto de virada, pois os esquemas de conhecimento começam a se inverter a partir de um momento crítico. O comportamento de recusa da paciente produz uma quebra de expectativa por parte do narrador, pois onde só havia uma criatura fora das conformações sociais passa-se a ver um sujeito que pleiteia seus interesses e resiste a quem os impede. Aqui já identificamos os eventos que provocaram a quebra do esquema de conhecimento. Há um processo duplo nessa narrativa: a compreensão acerca do que é laço social começa a tomar outras configurações a partir das experiências (BENJAMIN, 1985) que o narrador vai tendo com a paciente, o que acaba por modificar sua compreensão a respeito da própria paciente. Os esquemas de conhecimento a respeito do laço social e da própria paciente sofrem modulações. A partir do momento em que se modificam os esquemas de conhecimento que o narrador tem sobre a paciente, modifica-se também seu posicionamento para com a mesma:

Senti que precisava fazer algo pelo vínculo, que se encontrava em crise. Ocorreu-me que eu precisava permitir que aquele sujeito se expressasse mais e, para que essa expressão levasse o outro em consideração, eu deveria suportar acompanhá-lo também em suas expressões mais incômodas (#16).

Os trechos sublinhados destacam as atitudes do narrador ante a sua outra compreensão da paciente. Ao invés de se colocar sempre a frente da paciente, o narrador passa a ser um “acompanhante a orientá-la na perseguição dos objetos, apoiando através dela os laços sociais possíveis” (#19). O narrador se alinha como um auxiliar que acompanha os movimentos da paciente e não os determina. As saídas não são mais programadas, mas orientadas pelo narrador. Observamos a repetição do verbo “precisar” ligado aos verbos “fazer” e “permitir”, como também a presença do verbo “deveria” que apontam para obrigações e necessidade que o impeliam a mudar seu olhar e, conseqüentemente sua prática como estagiário clínico. A repetição do verbo “precisar” reforça a ideia de mudança urgente ao mesmo tempo que funciona como estratégia de envolvimento, pois cria ritmo, cadência no processo de leitura (TANNEN, 1989). Diferentemente do parágrafo 6, o narrador nesse trecho não mais se refere à paciente como uma criatura que precisava ser barrada, mas como um sujeito a ser acompanhado.

Vemos, então, que os esquemas de conhecimento antecedentes ao ponto de virada orientavam o narrador em suas ações de planejamento e bloqueio para com a paciente (“... não seria possível acompanhar Elizete sem forçá-la a uma orientação muito estrita” - #7; “Eu me colocava sempre a sua frente, para prevenir” - #8). Tais ações acabaram por resultar num momento crítico em que o vínculo com ela está em risco. Momento crítico este em que a paciente se queixava e o rejeitava (“A passividade a qual eu forçava Eliane foi, com o tempo levando-a a experimentar a relação comigo como muito desagradável e a expressar ideias ruins a meu respeito... Eliane começou a me recusar” - #15), possibilitando o ponto de virada que revela para o narrador outro modo de compreender a paciente e de lidar com a mesma. A crise vem do fato de que seus esquemas de conhecimento não dão conta da complexidade clínica da paciente, o que limita suas ações para com ela. É quando as atitudes da paciente transbordam aos seus esquemas de conhecimento (“... Eliane se aproximasse das pessoas com uma rapidez vertiginosa para agarrar as roupas e os cigarros que não eram seus e que se lançasse inadvertidamente na frente de algum veículo” - #8) que se tem a crise como a possibilidade de redenção do vínculo terapêutico entre estagiário e paciente, como de fato

ocorre nessa construção narrativa. Duas inversões ocorrem, sendo uma concernente à paciente que passa de criatura a sujeito e outra, do narrador, que de profilático/bloqueador passa a ser um acompanhante.

Comecei a acompanhar as aproximações súbitas dos cigarros alheios, por vezes permitindo suas abordagens físicas, mas ensinando-a a pedi-los verbalmente; comecei a permitir que ela fizesse um uso particular dos estabelecimentos que ela freqüentava; comecei a convidá-la a participar mais de seus assuntos civis e a lhe falar as razões pelas quais às vezes não poderia ser levada para comprar vestidos (#16).

Com a quebra dos esquemas de conhecimento, os sentidos construídos pelo narrador parecem ficar em suspenso, mas, com um exitoso ponto de virada construído narrativamente, observamos que outros sentido ocupam o que antes estava em suspensão pela quebra repentina. O que antes parecia profilático passa a não ter função para aquele vínculo e dá lugar a um acompanhamento, um “estar ao lado”. O que parecia uma criatura anti-social dá lugar a um sujeito que demanda, a sua maneira, seus desejos num meio social. A partir das mudanças sofridas nos esquemas de conhecimento do narrador, o mesmo se sente compelido a mudar seu comportamento para com a paciente, o que acaba por modificar sua prática clínica.

Ao olhar os mesmos trechos dessa narrativa sob a perspectiva da narrativa de Benjamin (1985), podemos construir outras compreensões: se retomamos a idéia de que a narrativa discursiviza a mudança dos esquemas de conhecimento do narrador, poderíamos considerar, em termos benjaminianos, que a narrativa discursiviza a morte do esquema de conhecimento. Se é da morte que a narrativa deriva sua autoridade, é na falência do conceito de laço social, construído pelo narrador, que essa história importa ser contada. É pelo fim abrupto que uma história se torna reportável, ou seja, contável. A experiência se constrói a partir do momento em que o narrador narrativiza suas vivências. Se a vivência é um efeito imediato, a experiência é o que relaciona esses efeitos imediatos com pontos temporais distintos alinhavados pela narrativa. Cria-se uma rede de sentidos e não somente uma linha cronológica. A partir da morte dos esquemas de conhecimento e da sua mudança de posicionamento ante a paciente, a mudança de uma prática clínica surge da construção de uma experiência pela narrativização. É pela morte que experienciamos e é pela experiência que é possível narrativizar. É com a quebra ou morte dos esquemas de conhecimento que podemos

costurar diferentemente os sentidos construídos ao longo de uma narrativa, o que pode mudar o próprio sentido construído dependendo do lugar que ele ocupe no decorrer da narrativa.

4.2.2 “PACIENTE HARDCORE”: ESTRATÉGIAS DE ENVOLVIMENTO E CONSTRUÇÃO DO PONTO DE VIRADA

Ao examinar o texto 2, recortamos uma narrativa relevante para a análise contida entre os parágrafos 12 e 14, pois identificamos várias estratégias discursivas que ainda não tínhamos explorado. Identificamos alguns elementos como ponto de virada (MISHLER, 2002), diálogo construído (TANNEN, 1989), além das marcas temporais que são compreendidas a partir desses autores citados anteriormente, incluindo também Walter Benjamim com o seu conceito de experiência. Todos esses elementos observados são perpassados pelas marcas temporais, pois todos são forjados a partir do instante, assim como comporta o instante. No ponto de virada, vemos que a sequência de instantes pode ser ressignificada a partir de um novo estabelecimento de relações causais criado pelo narrador. O diálogo construído traz, para o tempo da narrativa, outras vozes que estavam circunscritas a um conjunto de instantes distintos. Já as marcas temporais trazem-nos uma questão que intentamos abordar a partir da análise, pois ao utilizar a expressão “ontem” ou “algumas vezes”, por exemplo, o narrador remete a uma linearidade (sucessão de instantes), mas também refere-se a outros instantes que não são necessariamente sucessivos. Tempos distintos (passado e presente) se encontram na narrativa. Uma experiência (BENJAMIM, 1985) é forjada a partir da elaboração discursiva de tais tempos vivenciados. Ao enunciar a elaboração que fizemos de nossas vivências temporais, constituímos uma experiência. Elaborar vivências é poder co-relacionar instantes, que não somente de modo linear. A temporalidade é uma das principais proposições acerca da memória social como vimos na seção 3. Assim, nosso interesse é observar como essa temporalidade é narrativizada e que recursos discursivos se agregam à narrativa construindo uma memória desse grupo de estagiários em seus encontros com a psicose.

O texto 2 trabalha eminentemente com dois casos da enfermaria de agudos masculina. Ambos são qualificados pelo narrador como graves, mas têm distinções: o primeiro caso, que será mais explorado por nós nas análises, apresenta um paciente extremamente arredo à

presença do estagiário; no segundo caso, o paciente demanda muita atenção do estagiário. O texto está estruturado em tópicos temáticos (primeiro contato com a enfermagem e os pacientes, relato de casos clínicos, seu lugar como estagiário e o que faria após esse estágio) e usa frequentemente diálogos construídos.

O diálogo construído é uma estratégia de envolvimento (TANNEN, 1989) a que devemos estar atentos no que se refere à inter-relação entre a fala do narrador e a suposta fala relatada. Tannen (1989) aponta que há transformações nessas falas relatadas quando transpostas de seus contextos originais. Então, consideramos que a inserção de diálogos de outrem, na verdade, é uma construção criativa do narrador, um encaixe de contextos. Sua função é de ser uma estratégia discursiva que resulta em uma comunicação efetiva e cria envolvimento no leitor. Ao dar voz à fala de outro, estabelecemos um diálogo que expressa uma relação entre a parte citada e aqueles a quem a fala é endereçada. Um exemplo disso seria o narrador inserir a fala de um paciente dirigida a ele (narrador) e poder falar, na sequência, o que respondeu a essa fala, como ocorre no segmento abaixo do texto 2:

Mas algumas vezes [o paciente] parava suas caminhadas e proferia um palavrão um pouco mais expressivo, de ‘corno’ eu passava a ‘cornão’ como “*Mas você é um cornão mesmo!*” (sic) ou “*Já vem me encher de novo? Você é bobo, rapaz!*” (sic). Não era o lugar que eu esperava, mas era o que ele havia me dado... Considero receber um palavrão mais expressivo dele como um efeito do meu trabalho. Ser reconhecido, mesmo que dessa forma é algo a ser considerado nesse caso (#12).

Neste segmento nos é relatada a cena de um paciente avesso à conversas tomando a palavra e se dirigindo ao estagiário. O narrador inicia esse parágrafo 12 descrevendo “*um paciente era especialmente arredio a minha presença*” (#12). Informa que o paciente era irritado e o xingava, e justapõe a fala do mesmo logo após a descrição o que confere força à narrativa e a torna mais verossímil, pois a fala reitera a descrição apresentada. Retomamos a questão das convenções implícitas nas relações sociais, mas por um viés um pouco diferenciado. Colocando-me como leitora penso que as palavras escolhidas pelo paciente como “cornão” e “bobo” representam o paciente como não atento às convenções sociais que o circundavam. Convenções estas como a de que o paciente está submetido ao técnico que o acompanha ou que se pressupõe uma relação de cordialidade e respeito entre ambas as partes. O fato de o paciente estar internado numa enfermagem de agudos já sugere que ele não consegue sustentar essas convenções, o que prejudica sua interação com o campo social.

Também poderíamos pensar que ele poderia estar atento a todas essas convenções de bom comportamentos esperadas, mas as estava violando explicitamente. Enfim, mesmo que o paciente quebrasse essas expectativas sociais por questões relativas à própria doença ou por uma ação volitiva consciente, observamos é que a presença do estagiário causava efeitos sobre o paciente, fazendo-o xingá-lo. Outra expectativa seria a de que, com a experiência negativa de ser xingado, o estagiário não insistisse mais em acompanhá-lo, mas, como tinha o interesse de ter contato com um “paciente hardcore” (#4), ou por continuar.

Tentei de diversas formas mantê-lo próximo a mim, sustentando uma conversa o quanto fosse possível. Por mais que este paciente se irritasse, jamais agrediu fisicamente outra pessoa durante sua internação. Xingava, se afastava com urna expressão de raiva, mas não agredia. Depois que levei o caso para a supervisão com Ricardo, comecei a permanecer mais calado ao lado do paciente (#13).

Ao descrever o discurso agressivo do paciente, suas sucessivas tentativas de aproximação e, por fim, o pedido de orientação ao supervisor de estágio, o narrador constrói uma narrativa de persistência que acaba sendo recompensada, pois, com a mudança de prática clínica o paciente também começa a mudar: *“Depois de algum tempo ele começou a fazer algumas perguntas a mim”* (#13)²⁰.

4.2.2.1 MARCAS TEMPORAIS

Ao retomar o assunto concernente às marcas temporais, gostaríamos de estabelecer certas diferenciações: há algumas expressões que nos dão um indicativo de frequência, “algumas vezes”, “maioria das vezes”, “algum tempo” e “constantemente”, e outras nos indicam passagem de tempo cronológico como “esperar mais tempo para tentar novamente”, “depois de algumas semanas” e “no final de mais um dia”. A utilização das marcas temporais nos evoca a sensação de que estamos seguindo cada instante das cenas narradas e, ao mesmo tempo, projeta o estagiário como um profissional obstinado, como no exemplo abaixo:

²⁰ Utilizo, em um mesmo segmento, marcações diferenciadas (itálico e negrito) a fim de dar destaques diferenciados a determinadas partes do mesmo, facilitando a identificação dos enunciados a que me refiro durante a análise.

Algumas vezes permitia-me a permanecer sentado ao seu lado, mas na primeira pergunta que eu fazia ele se levantava xingando. Como ele possui uma séria dificuldade de lembrar do que ocorre, eu tinha uma nova chance em *poucos minutos*, mas dependendo da insistência ele se irritava a tal ponto que não parava em lugar algum e me obrigava a *esperar por mais tempo para tentar novamente* (#12).

As expressões em itálico destacam as marcas temporais, em que “algumas vezes” e “esperar por mais tempo para tentar novamente” demonstram tentativas reiteradas de aproximação, algumas bem-sucedidas, outras não. Já a expressão “em poucos minutos” evidencia como essas tentativas eram sucessivas, como as oportunidades de aproximação ocorriam em um pequeno espaço de tempo ou eram intercaladas por um período de espera. Isso sugere a persistência do estagiário em acompanhar o paciente tanto quando este último o preteria quanto quando o próprio estagiário preferia esperar a fim de tentar se aproximar num momento futuro. A persistência é citada ainda na própria narrativa quando o estagiário discorre sobre o acompanhamento desse mesmo paciente: “Para mim constitui-se muito mais um exercício de persistência do que um tratamento” (#14). A escuta atenta às aberturas do paciente e o interesse em aproximar-se do mesmo apresentam-se em algumas expressões da narrativa, tais como: “Algumas vezes permitia-me a permanecer sentado ao seu lado” (#12); “Tentei de diversas formas mantê-lo próximo a mim, sustentando uma conversa o quanto fosse possível” (#13). O uso reiterado da palavra *vezes* ou de outras marcas temporais sugerem essa persistência. Insistir no acompanhamento mesmo com a infrutífera passagem de tempo.

No segmento abaixo, ao inserir falas alheias em sua narrativa, o narrador as coloca entre aspas e adiciona a abreviatura sic, explicitando que as transcreveu literalmente. Tannen (1989) nomeia esse recurso lingüístico de diálogo construído, considerando-o como uma estratégia de envolvimento que traz vivacidade ao discurso. Ao inserir falas de outros proferidas em outro contexto, o clima emocional da narrativa se intensifica, e a cena narrada é encorpada por essas vozes. Constrói-se um ambiente emocional persuasivo e verossímil através da distinção e do destaque dessas vozes, que o leitor pode experimentar (RICOEUR, 2010). Um trecho que exemplificará o que acabamos de discorrer virá seguir com a análise do próximo segmento.

4.2.2.2 – DIÁLOGO CONSTRUÍDO

Este segmento será explorado de diferentes formas, partindo não só do diálogo construindo, mas também do ponto de virada. Destacamos mais um exemplo de diálogo construído servindo como uma estratégia discursiva de envolvimento, só que, nesse caso, utiliza-se o discurso direto com travessão. Veremos que a construção desse diálogo propiciará o ponto de virada e algumas avaliações do narrador tanto sobre o diálogo em si como também sobre os efeitos que teve para o acompanhamento.

No final de mais um dia eu me despedi e respondi de uma forma que lhe provocou o riso, algo que nunca havia acontecido. Transcrevi o diálogo.

EU – Estou indo, Carlos.

PACIENTE – Vai pra casa do caralho, fêdaputa!

EU – Está me mandando para a casa do caralho por quê, (nome do paciente)?

PACIENTE – Porque eu gosto! E vai com (não compreendi).

EU – É pra eu levar quem?

PACIENTE - Leva quem você quiser.

EU – Quem eu quiser? Vou levar você então.

PACIENTE – Eu não, eu sou sagrado, sou de família (#2).

O diálogo no discurso escrito ganha uma configuração diferenciada com o uso do travessão com a explícita identificação das vozes. Destacamos que esse é um dos diálogos ápices da narrativa. Não sabemos precisar muito bem como diferenciar o discurso direto do indireto, mas uma ideia relevante é que nos segmentos em que se usam aspas e sic, transmite-se uma intencionalidade literal de se transcrever a fala o mais próximo do que aconteceu na realidade. No diálogo com travessão pode-se ter mais clareza em relação à autoria das vozes envolvidas no diálogo, ao sequenciamento das falas, além de este modo de narrar permitir uma abertura maior ao ficcional até mesmo ao dramaturgic. Ao utilizar o diálogo com travessão, pode-se ter objetivo de grande comprometimento com a literalidade. É curioso o narrador lançar mão desse recurso linguístico precisamente no diálogo que traz uma reviravolta (RICOEUR, 2010) a toda narrativa, como veremos nos próximos parágrafos. Tem-se a impressão de que, por mais que narremos situações supostamente factuais, o

encadeamento que construímos a partir de estratégias de envolvimento como o diálogo construído possibilita a criação de uma ambientação ficcional, poética, que ajuda no próprio entendimento da história narrada. Isso está relacionado ao fato de que o diálogo construído proporciona ao leitor a experiência da narrativa como se ele estivesse presente na cena. Intensifica-se o colorido do que está sendo contado através do diálogo construído. Um exemplo disso está nas duas primeiras linhas do diálogo, quando o estagiário se despede e o paciente o xinga. A frase de despedida seguida do xingamento dá a dimensão do clima emocional tenso presente na relação do estagiário com o paciente. A construção do diálogo permite que visualizemos os personagens emitindo as palavras, fortalecendo, significativamente, o argumento de que o paciente é arredio (#12).

Evidencia-se, no segmento anterior, o ponto de virada (MISHLER, 2002) a partir do diálogo com travessão presente no segundo parágrafo (“que lhe provocou riso”). Há duas situações paradoxais: uma em que a despedida tem como resposta palavras agressivas e outra em que a irritação dá lugar ao riso. Com o desenvolvimento da narrativa, as palavras agressivas e a irritação se transformam em pontos causais relacionados à escuta alucinatória do paciente (#14): *“Depois de 10 meses ele me disse que escutava vozes no seu ouvido que o xingavam, perguntei o que elas diziam, ele enumerou alguns palavrões, eram os mesmos que ele distribui a praticamente qualquer pessoa que se aproxime dele”*.

Nessa avaliação compreendemos, então, que o fato do paciente xingar o estagiário e se irritar com o mesmo pode ser atribuído a outro fato de que ele tem escuta alucinatórias cujo conteúdo também é de xingamentos. Algum entendimento a respeito do caso se configura para o narrador após um período considerável de tempo. É interessante ratificar a presença e a função da marca temporal nesse segmento (*“Depois de 10 meses”*): o fruto da persistência no acompanhamento foi a descoberta de uma produção delirante do paciente concedida pelo mesmo, ou seja, não foi algo constatado pelo estagiário, mas narrado pelo próprio paciente.

No parágrafo 14 temos um ponto de avaliação que nos introduz ao ponto de virada, pois, a partir dessa interpretação, o posicionamento do paciente começa a se modificar (*“Eventualmente outras pessoas falavam com ele, mas eu era praticamente o único que mantinha uma regularidade” - #14*). Um paciente que era totalmente avesso a falar abre espaço para conversas regulares, com alguém que, a princípio, era totalmente arredio. A partir

da interpretação do narrador sobre o relato do paciente no parágrafo 13, anteriormente analisado, sua compreensão a respeito do mesmo começa a se transformar.

Nessa narrativa algo se dá de modo distinto do que ocorre no texto 1, no qual a mudança de esquemas de conhecimento acontece a partir da resistência da paciente em que o estagiário a acompanhe. No texto 2 a mudança do esquema de conhecimento já tem início quando o estagiário leva o caso em supervisão: *“Depois que levei o caso para a supervisão com Ronaldo, comecei a permanecer mais calado ao lado do paciente”* (Texto 2, #13). Com a supervisão, o ponto de virada começa a se construir, pois o paciente começa a reagir diferentemente desse outro posicionamento do narrador: *“Depois de algum tempo ele começou a fazer algumas perguntas a mim... mas não passava de alguns minutos conversando e parava de responder”* (#13).

4.2.2.3 – PONTO DE VIRADA

Visto o destaque dado pelo narrador à supervisão clínica, acompanharmos seu posicionamento imediato está contido na própria sequência da frase em que fala da supervisão (*“comecei a permanecer mais calado ao lado do paciente”* - #13), o que terá como seguimento o diálogo analisado na subseção 3.2.2.2. Ao atentarmos para como os segmentos foram sequenciados, compreendemos que a supervisão produziu uma mudança de comportamento no estagiário, ficando mais calado junto ao paciente. Em seguida, o paciente começa a fazer perguntas ao estagiário, algo que não acontecia antes, e o diálogo clímax que já analisamos acontece. Chegamos, então, a um outro segmento que nos interessa, o ponto de avaliação a respeito desse diálogo que segue essa sequência de fatos narrados.

Não conseguia entender o que lhe havia provocado riso. Tentei outras vezes repetir o que havia acontecido, mas não consegui. Eu não havia planejado minhas respostas, não consigo saber o porquê de eu ter respondido daquela forma e porque ele riu. Após esse encontro o riso se repetiu, mas eu não sabia o que o provocava (#14).

A perplexidade impera na avaliação acima (*“Não conseguia entender”*; *“Eu não havia planejado”*; *“não consigo saber o porquê”*; *“eu não sabia o que o provocava”*), tanto que o narrador faz uso da repetição, como marcamos as expressões em negrito, para enfatizar que

ele não tem clareza sobre o que aconteceu ou sobre o que desencadeou essa situação no diálogo com o paciente. A repetição da estrutura “*eu não consigo*” nos sugere fracasso. Tal estrutura está associada a verbos que evocam a razão (saber, entender e planejar) o que compreendemos como sendo um fracasso do seu saber, a falência das razões e constructos lógicos construídos pelo estagiário acerca da loucura e do próprio paciente. O que o narrador supunha saber sobre a psicose se desfaz durante o acompanhamento do paciente. A surpresa do narrador é tornada necessária ao longo da narrativa, pois a perplexidade irá se sustentar até final da narrativa sobre esse paciente (“*Até hoje eu não consigo pensar no que consistiria um tratamento para esse paciente*” - #14). Não decifrando o enigma, tanto nós leitores como o narrador ficamos sem saber ao certo o que exatamente do diálogo do segmento dois fez com que o paciente mudasse de postura ante o estagiário. Aqui podemos retomar as discussões que produzimos a respeito da memória para o futuro, pois talvez só no devir se saberá a resposta do enigma.

*Quando ele ria, permanecia perto de mim por muito mais tempo e era capaz de lembrar de mais coisas, como meu nome. Mantínhamos conversas de mais de meia hora, eu encerrava por estar cansado. Ele começou a assistir televisão dentro da sala e a agüentar conversar comigo por mais tempo. **Depois de 10 meses ele me disse que escutava vozes no seu ouvido que o xingavam, perguntei o que elas diziam, ele enumerou alguns palavrões, eram os mesmos que ele distribui a praticamente qualquer pessoa que se aproxime dele** (#14).*

As expressões em itálico evidenciam comportamentos inéditos do paciente até então, que parecem estar relacionados com uma situação contingente e paradoxal de que falamos anteriormente. O paciente não ocupa mais o lugar de agressor, mas se posiciona como agente das ações voluntárias (como rir, permanecer perto do estagiário, era capaz de lembrar, começou a assistir televisão e agüentar conversar por mais tempo). Uma das características do ponto de virada dessa narrativa é a mudança nas agências das ações: da persistência infrutífera do estagiário passamos para a tolerância do paciente, que pode até ser interpretada como uma melhora relativa do seu quadro clínico, pois ele começa a ter atitudes que podem ser consideradas sadias. Temos o que Mishler (2002) chama de ponto de virada, o ápice da narrativa. Os eventos sem sentido, como xingar sem motivo aparente, começam a se relacionar de forma causal ao observarmos o trecho acima marcado em negrito. O momento de ponto de virada é quando o final inicia o redimensionamento de toda a narrativa. Com a passagem temporal, as ideias a respeito do paciente vão se resignificando e o próprio posicionamento do paciente ante o estagiário vai se modulando. Temos o ponto nodal da

narrativa. Os eventos que pareciam dissonantes agora são convertidos em concordância. O que era incidental, a partir de então, é necessário à narrativa. É com esses incidentes discordantes que a narrativa trabalha. “É incluindo o discordante no concordante que a intriga inclui *o comovente* no inteligível” (RICOEUR, 2010, p.79, grifo meu).

A citação acima aborda um ponto de grande interesse para nós, pois, como já foi dito anteriormente, o que mais nos chamou a atenção nessas narrativas foi o fato de elas mobilizarem os leitores/ouvintes, a começar por mim, pesquisadora. A ideia de comoção introduzida por Ricoeur remete-nos ao sentido de co-mover (mover junto) e de sensibilização. Acompanhamos o movimento narrativo pela pulsação emocional que ele nos proporciona. No caso da narrativa em questão, observamos que o sentimento de perplexidade que permeia as avaliações precedentes ao ponto de virada é o que dá a pulsação emocional, culminado na reviravolta. A própria avaliação pode ser considerada uma comoção, pois permite que o leitor compartilhe o ambiente emocional descrito pelo narrador. Podemos nos referir mais uma vez a Tannen (1989), que nos sugere que, na narrativa, estão em jogo estratégias de envolvimento; em outras palavras, a comoção do leitor frente à narrativa.

Ao pensarmos especificamente na nossa questão de pesquisa no tocante à memória social e em como ela se modula através de uma narrativa, remetemo-nos ao seguinte trecho:

[o paciente] *Não* parecia se importar com nada, *não* se dirigia a outra pessoa senão para pedir comida, permanecia parado no sol ou na frente da televisão, afastando-se quando alguém falava com ele. *Não* parecia sentir falta de ninguém nem de lugar algum, nunca me procurou ou perguntou por alguém (#14).

Nesse e em outros pontos de avaliação há uma quebra de expectativa – ou dos esquemas de conhecimento (TANNEN & WALLAT, 2002), para usar um conceito próprio da Sociolinguística Interacional – em relação ao que o estagiário esperava do paciente. As expectativas do narrador são projetadas na interação com o paciente. Tais expectativas podem ser confirmadas ou refutadas. O que nos mostra essa quebra de expectativa é o uso reiterado de negativas como está em *itálico* no trecho acima. Cabe observar que as negativas se aplicam a comportamentos que seriam naturalmente esperados de um ser humano sociável (se importa com algo, dirige-se a alguém e sente falta). É como se, com esses comportamentos do paciente, o narrador compreendesse que há a negação de uma humanidade como sociabilidade. Seus esquemas de conhecimento se presentificam pela ausência: é pelo fato de não se importar com ninguém que surge a expectativa de que ele deveria se importar, assim

como o narrador esperava que o paciente se dirigisse a ele ou se interessasse por alguma coisa. Vê-se uma modulação quanto à memória que esse narrador tem sobre a loucura a partir da quebra de seus esquemas de conhecimento. Isso fica mais claro no segmento seguinte:

Uma vez quando estava me respondendo com palavras eu lhe perguntei: ‘Para que xingar?’ e ele me respondeu ‘Para que falar?’ (sic). *Eu não conseguia imaginar que falar pudesse ser tão insuportável para alguém a ponto de abdicar disso, exceto para as necessidades básicas (#14).*

A memória sobre a loucura sofre uma inflexão no interior da avaliação do narrador (em negrito), que só passa a compreender o comportamento arredo do paciente a partir da situação narrada anteriormente. O narrador interpreta que falar é insuportável para o paciente e, por isso, evita ao máximo tomar a palavra. O que era estranho ao narrador agora é tornado significativo no momento em que avalia a cena narrada. A mudança na compreensão a respeito do paciente faz com que o narrador modifique também suas compreensões clínicas como, por exemplo, de que falar é terapêutico.

4.2.2.4 – REINVENÇÃO DOS ESQUEMAS DE CONHECIMENTO

Após a análise pormenorizada da narrativa de um caso clínico desse texto interessamos retornar ao conceito de esquemas de conhecimento, muito atrelado a nossa discussão a respeito das expectativas que produzimos quanto aos comportamentos sociais, como também de suas quebras e reinvenções.

“**Não encontrei a violência que esperava (...)** a violência que encontrei **não era** mecânica, ela **não se** apresentava como um corpo agitado ou inerte o tempo todo. **Não era** tão evidente, ou melhor, **a violência que encontrei era tão radical** que era **difícil** enxergá-la (...) E ela se apresenta de formas tão diferentes. Na mais plena indiferença com o mundo, com as roupas e com a higiene de alguns pacientes. Com as alucinações por quem muitas vezes perdi a conversa, elas eram mais importantes para alguns pacientes que a minha presença (...) *Muito mais radical do que uma violência física que eu poderia conter com meus braços eu estava diante de uma violência que eu não era capaz de alcançar, que, me excedia. Eu não tinha força nem o poder de aplacar aquele sofrimento diante de mim*” (Texto 2, p.4, #7 e #8).

Nesse segmento, o narrador se utiliza mais uma vez de negativas como recurso discursivo, construindo, de modo reiterado, uma quebra de expectativa, que categorizamos como quebra dos esquemas de conhecimento (TANNEN & WALLAT, 2002) sobre a loucura: uma recorrência, presente nos textos, pois relatam que seus esquemas de conhecimento sobre a loucura se reconfiguraram a partir de suas experiências junto a pacientes psicóticos. Ao invés de encontrar a violência do paciente, o narrador se depara com a violência da psicose infligida ao paciente (*“Nos pedidos desesperados de ajuda “Eu vou morrer” (sic) seguido por um choro surdo, sem soluços, quase estático. Não era capaz sequer de me dizer o motivo que o condenava, nem nomear seu algoz” - #8*); ao invés da violência do paciente, encontra-se com a violência da doença sob a vida psíquica do mesmo (*“Na mais plena indiferença com o mundo”; “as alucinações por quem muitas vezes perdi a conversa”*). Assim como o estagiário não encontrou o que esperava, ele não sabia como lidar com o que encontrou. Essa é uma diferença relevante no tocante ao ponto de avaliação: no segmento do parágrafo 14 (pág. 51), a avaliação redimensiona os fatos anteriores, estabelecendo uma relação coerente entre eles: o paciente não fala porque para ele falar é insuportável; gera-se uma compreensão dos fatos antes sem sentido. Já no segmento em questão, a avaliação, que está em itálico, mostra um ponto crítico em que a compreensão encontra um limite, no caso, de o estagiário não saber qual a sua função diante daquela situação. Houve uma quebra dos seus esquemas de conhecimento o que gera perplexidade no narrador, que não sabe como lidar com o inesperado, posicionando-se como incapaz, fraco e destituído de poder ao encontrar a psicose. Tal posicionamento se modula com o decorrer da narrativa e com os encontros individuais que tem com os pacientes que acompanha.

Assim, a temporalidade é discursivizada, nessas narrativas, não somente por uma linearidade de sucessão de fatos narrados, mas a partir dos pontos de avaliação dos segmentos 3 e 4, o narrador incorpora o tempo presente a fim de interpretar esse passado. Os pontos de avaliação tanto constroem a reviravolta que estrutura a narrativa quanto evidenciam os esquemas de conhecimento do narrador. Há, aqui, como observamos, estreita relação com a memória social, que não está dada de uma vez por todas, como também não é construída somente pelo narrador, mas por seus encontros com a alteridade e com o leitor.

4.2.3 - "... NOSSA PRESENÇA TEM EFEITOS": DETALHAMENTO E CRONOLOGIA

O texto 3 refere-se prioritariamente a um caso clínico da enfermagem de longa permanência, cujo paciente chamarei aqui de Laura. A narradora divide o texto em três tópicos de acordo com as incumbências que lhe foram dadas durante o acompanhamento da paciente, que são: "Estudo do Prontuário", "O trabalho com o dinheiro e as saídas da enfermagem" e o "Trabalho com o corpo e o nome". Detivemo-nos na seção de "Estudo de prontuário" visto nosso interesse em analisar a dimensão temporal na narrativa. Além da questão do prontuário, destacamos alguns elementos relevantes no texto como os esquemas de conhecimento que norteiam a narrativa como algumas estratégias de envolvimento, como detalhamento e a repetição.

Diferentemente do texto 2, a narradora faz avaliações bem precisas, o que sugere interpretações concluídas, não deixando aberturas para questões finais. A narradora do presente texto não tem perguntas ou questões clínicas sobre a paciente. No texto 2 são relevantes os questionamentos do narrador quanto ao caso que acompanha (*"Para mim é muito difícil pensar no tratamento possível com ele"*; *"Até hoje eu não consigo pensar no que consistiria um tratamento para esse paciente"* - #14). No texto 2, a perplexidade permanece até o final, enquanto que no texto 3 não conseguimos identificar algum sinal de perplexidade. Atribuimos essa ausência de perplexidade a um esquema de conhecimento muito bem alinhado nesse texto. Eis um exemplo:

(...)maior alteração na nossa passagem por ali se dá a partir do momento que temos um paciente para acompanhar. Quando começamos a acompanhar um deles é que temos notícias de como nossa presença tem efeitos, como nossa disponibilidade para ouvi-los faz diferença. É porque estamos ali investindo maciça e diariamente que podemos ver mudanças: ora bem visíveis, ora bem sutis. É pelo nosso investimento que as coisas se operam... (#7)

Destacamos, neste segmento, algumas avaliações em itálico, em que o narrador evidencia suas compreensões acerca da importância da função de acompanhar o paciente. Entende-se que as maiores alterações num quadro psiquiátrico de um paciente só é possível pela presença e investimento de um técnico, ainda que em formação. Nesse ponto do texto, o caso da paciente ainda não foi apresentado a nós leitores, mas esse parágrafo 7 explicitando

esse esquema de conhecimento, já nos prepara para as interpretações que a narradora fará quando se encontrará com a paciente (“*O que eu percebia é que L. se vincula a mim através de minhas roupas e adereços*” - #35) vinculando as mudanças de comportamento da paciente a sua pessoa.

A paciente é descrita tanto no tempo do prontuário (período de 1982 a 2004) como no tempo experienciado pela própria estagiária junto à mesma, o que agrega ainda mais características sobre o que a paciente era e no que estava se tornando. A descrição da paciente a que nós, leitores, temos acesso é formada tanto pelas informações do prontuário da paciente inseridas no texto pela narradora, como também pelo modo como a narradora fala de Laura em seus encontros com a paciente. Pelas avaliações, temos a impressão de que a estagiária sabe que lugar está tendo no tratamento da paciente e que consequências isso acarreta. Um exemplo deste ponto é a questão que a paciente tem com seu corpo e como usava a figura da estagiária como espelho para suas manifestar suas emoções. Sobre isso a narradora escreve:

... no início do nosso (meu e de Laura) trabalho ela *me tomava como uma superfície que refletia sua imagem*, imagem que ela tinha de si, se é que tinha algum ‘si’ ali, naquele momento; assim eu estava bonita ou feia, jeitosa ou desarrumada. Ela chega a proferir frases como: ‘eu gosto mesmo de olhar pra você porque você é bonita mesmo’(sic); eu pergunto de quem ela falava. Ela responde: ‘De você. Eu tô me vendo você’(sic). *E um mês depois destes episódios ela pede para se olhar no espelho, ela pôde se olhar no espelho ao invés de me fazer de espelho. Mesmo que para que ela tenha essa possibilidade eu tenha que estar ao seu lado*, em uma função parecida àquela mãe que segura o bebê em frente ao espelho.

Os trechos em itálico destacam os pontos de avaliação da narradora sobre a paciente e sua função junto a ela. As ações da paciente são interpretadas pela narradora como tendo relação causal com seu acompanhamento terapêutico. Mais uma vez, a estagiária se posiciona como auxiliar no percurso da paciente. Sua presença permite que a paciente possa ter uma percepção distinta de si mesma. A ideia de espelho aqui também pode fazer referência à psicanálise como esquema de conhecimento para interpretar a paciente, pois Lacan em seus escritos aborda o outro como espelho para constituição do eu²¹. Cabe destacar que esse segmento se inicia com a paciente fazendo a estagiária de espelho, mas com a presença de uma marca temporal (“*E um mês depois destes episódios...*”) se constitui uma alteração, em que a paciente quer se olhar no espelho e a estagiária a auxilia nisso. O modo como a

²¹ Mais detalhes sobre essa teorização ver em: LACAN, J. *O estádio do espelho como formador da função do eu*. In: _____. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

narrativa está construída nos indica a importância da estagiária para que esses episódios se dessem, pois o primeiro espelho em que a paciente se reconheceu foi a própria estagiária para, como a passagem temporal, conseguir posteriormente se ver num espelho de verdade, sempre com a ajuda da estagiária (“Mesmo que para que ela tenha essa possibilidade eu tenha que estar ao seu lado”). Até mesmo o exemplo que a narradora nos dá do bebê que precisa de sua mãe para se ver no espelho reforça a imagem de alguém desprovido de recursos de se reconhecer necessitando de um outro para fazê-lo. A função do acompanhante terapêutico torna-se, nessa narrativa, imprescindível para o avanço clínico da paciente.

A narradora atribui, no texto, uma diferenciação no comportamento da paciente à sua presença: *“Com relação a seu vínculo comigo eu ainda teria a dizer que nos períodos em que encontro na enfermaria raramente observo algum comportamento desorganizado em Laura (...) como se a minha presença pudesse dar uma sustentação, um limite”* (Texto 3, #39).

Algumas estratégias discursivas de envolvimento observadas no texto 2, como o diálogo construído e as marcas temporais, também estão presentes no texto 3, mas há singularidades que também gostaríamos de explorar, a saber: o uso da cronologia e do detalhamento. Retomando a Mishler (2002), veremos que a narrativa é regida por uma temporalidade que vai além da cronologia, mas isso não quer dizer que o aspecto cronológico esteja necessariamente excluído. O tempo narrativo experiencial forjado por Mishler também comporta a cronologia, e nosso interesse é compreender como a cronologia é empregada na narrativa. Já no que tange ao detalhamento, estamos nos fundamentando em Tannen (1989) para quem o uso de estratégias de envolvimento, inicialmente investigadas no discurso oral, ocorre igualmente em narrativas escritas.

Trataremos, inicialmente, do detalhamento como proposto por Tannen (1989). Segundo a autora, o uso e a administração de detalhes é uma parte crucial das narrativas escritas. O uso de detalhes no discurso escrito pode ser alvo tanto de críticas como de elogios, pois pode tornar a narrativa mais interessante ou mais enfadonha. Faz sentido pensar no detalhamento como uma estratégia discursiva – para usar uma expressão da própria Tannen, uma estratégia de envolvimento – que presentifica as cenas e as experiências para o leitor, visto que pode capturar ou repelir o leitor dependendo do uso que se faz dos detalhes. No texto 3 em questão o detalhamento é muito frequente na seção “Estudo do Prontuário”, na qual se aborda exaustivamente os comportamentos da paciente, muitos deles reiterados.

Alguns exemplos desses detalhes: as vozes e estalados que a paciente ouvia; seus pedidos de voltar para casa; o relato de detalhes de sua vida familiar; a descrição de insônia, tosse, crises convulsivas, quadro de agressividade, o cuspir sangue; a tentativa de fugir seis vezes do hospital e a participação ativa nas oficinas terapêuticas do hospital. Esses elementos se relacionam uns com os outros criando cenas em movimento que vão atribuindo características ao personagem/paciente. Todas essas situações detalhadas no levantamento do prontuário constroem, paulatinamente, para nós, leitores, um perfil e um contexto da personagem.

A relação entre a cronologia e o detalhamento se estabelece a partir da análise dos próprios dados: no texto, há uma seção intitulada “Estudo de prontuário”, repleta de várias marcas temporais, tais como anos, horas e dias. O narrador constrói, a partir dessas marcas, uma linha de tempo cronológica (1991, 1992, etc) dos vários momentos da paciente na instituição. Essa seção, que corresponde a uma retrospectiva, confere mais características à paciente quando seu acompanhamento é narrado pela estagiária. Na referida seção, a narradora descreve pedidos reiterados da paciente de ir para casa e sair do hospital (*“Ela pede para que escrevam ao seu pai para que ele venha buscá-la” - #16; “Laura se queixa de estar largada no hospital e diz que sente saudades de casa” - #23*)²², e o acompanhamento da estagiária tem como uma das diretrizes trabalhar as saídas de Laura *“Meu trabalho com ela é também acompanhá-la em saídas da enfermaria...”* (#33). Sem o detalhamento tirado do prontuário de pedidos sucessivos da paciente para ir para casa e sair do hospital, provavelmente o entendimento do acompanhamento dessa estagiária junto a essa paciente seria diferente. A inserção desses pedidos em meio ao levantamento do prontuário faz com que o leitor tenha a reiterada sensação de que esses pedidos não tendiam a ser modificar.

Sob outra perspectiva, essa cronologia funciona não apenas para embasar os eventos precedentes, mas também para produzir quebra dos esquemas de conhecimento (TANNEN & WALLAT, 2002), como sublinhamos na análise do texto 2. Há descrições com base no prontuário de inúmeros episódios de desorientação e inadequação, em que a paciente despiase, jogava-se no chão e apresentava falas desconexas (*“Ela simulava tomar os remédios e depois os cuspi... Ela conversava com as paredes” - #24; “ela apresentou episódios de desorientação e tentativa de fuga (em junho) seguidos de momentos nos quais ela se*

²² Para maiores detalhes verificar em anexo 2

abandona no chão e urina-se” - #26; “a queixa mais comum foi de que L. demorava a atender as solicitações da equipe e das frequentes vezes em que se despia” - #29). Contudo, tais episódios, de acordo com o texto, não se apresentam com tamanha frequência durante o acompanhamento pela estagiária:

Com relação ao seu vínculo comigo eu ainda teria a dizer que nos períodos em que me encontro na enfermaria raramente observo algum comportamento desorganizado em Laura, ela não beija as paredes, não lambe os chinelos, ela não cai. *É como se a minha presença pudesse dar uma sustentação, um limite (#39).*

Destacamos nesse segmento esse ponto de avaliação em itálico em que a narradora relata cenas que remetem ao levantamento do prontuário (seção cronológica e detalhada) para ressignificá-las à luz de seu acompanhamento em um momento diferenciado. Esses dados do prontuário servem como mais um componente para os esquemas de conhecimento da narradora e para os leitores que também acabam tendo acesso a esses dados, funcionando como uma contextualização de maior estabilidade. É interessante notar que a narradora, assim como no texto 2, faz uso da negativa para mostrar a quebra de expectativas. Observem que ações negadas aqui remetem à bizarrice dos comportamentos frequentes e estereotipados, que evoca o esquema de conhecimento sobre o doente mental enquanto um sujeito destituído de civilidade. Nesse caso, como já havia a construção dessa figura destituída de civilidade, devido aos vários relatos de inadequação coletados do prontuário, a expectativa que se constrói, nessa narrativa, é que a paciente não corresponde às convenções sociais de comportamento. A expectativa se quebra no momento em que a paciente não apresenta mais tais comportamentos bizarros. A cronologia e o detalhamento presentes no diálogo construído com base no prontuário, justapostos à avaliação positiva que a narradora atribui à sua presença junto à paciente, exercem uma função não de continuidade ou fluxo, mas de quebra de expectativas e de reviravolta. Essas estratégias serviriam para reiterar o comportamento e as ações da paciente, criando cenas nas quais o espectador/leitor teria a exacerbada sensação de repetição de algo que tendia a não se modificar, mas se altera. Esta descontinuidade permite que a narradora possa interpretar, teorizar sobre esse episódio surpreendente, que rompe com as expectativas construídas discursivamente pelo uso das estratégias de detalhamento e a cronologia. E o interessante nessa avaliação é a narradora se projetar como aquela que permite, à paciente, essa descontinuidade (“É como se a minha presença pudesse dar uma sustentação, um limite”). Na sua perspectiva, sua presença operou uma diferenciação no comportamento da paciente e a narradora se projeta como exercendo uma função

propriamente terapêutica no trecho em itálico. A cronologia e o detalhamento estariam a serviço também dos esquemas de conhecimento, seja no sentido de corroborá-los ou de ressignificá-los. Em outras palavras: o detalhamento e a cronologia são estratégias de envolvimento que aprofundam e amplificam os esquemas de conhecimentos construídos pelo narrador, o que pode tanto deixar as cenas com uma continuidade muito mais estável, como também pode provocar uma quebra abrupta. Observa-se, a partir dos dados, como essa dupla função da cronologia e do detalhamento nos foi frutífera, pois pudemos compreender que essas estratégias discursivas podem estar a serviço tanto do bom fluxo da narrativa como do aparecimento do ponto de virada: o ponto nodal da narrativa.

Ao finalizar a análise do texto 3, destacamos um segmento inicial a fim de traçar um contraponto com o que já foi discutido.

Diante de tantas questões o que emerge é *a tão e tão falada angústia*. Nunca escapamos de falar dela. *Angústia de não saber* o que fazer ali. *Angústia de não saber* como me integrar aquela *equipe*, que tantas vezes parece estar tão institucionalizada como os pacientes. *Angústia de não saber de não ser ouvida* dentro da equipe. *Angústia de ter* que escolher um paciente. *Angústia para escolher* o paciente. *Angústia, angústia, angústia*: era só isso que eu sentia no início do estágio (#4)

O segmento acima é um exemplo de como a repetição pode ser usada como recurso narrativo e estilístico, fazendo com que fiquemos tão angustiados quanto a narradora nos descreve estar. No livro *Talking Voices* (1989), Deborah Tannen, aborda no capítulo 3, a repetição como uma estratégia discursiva. A repetição é positivada por Tannen, identificada com a coesão do discurso e não com uma falta de criatividade. A repetição produz uma sonoridade que evoca o ritmo da língua, criando um universo compartilhado: envolvimento interpessoal. A autora sugere que a repetição é o centro vital da criação discursiva e o coração da própria linguagem. Podemos relacionar a repetição com a afirmação na negativa, da qual falamos anteriormente, pois também se utiliza da repetição (como o “não”, por exemplo) a fim de evidenciar a ruptura dos esquemas de conhecimento. No caso desse segmento, a narradora nos envolve no sentimento prenhe da cena narrada. Parece que se utiliza da repetição na tentativa de expressar algo que ultrapassa o dizível como também se utiliza de afirmações na negativa para transmitir a ausência de algo que esperava estar presente. Percebam que, neste parágrafo, a reiteração do sentimento de angústia é resultado do não

saber, do ter que escolher, ou seja, do desconhecimento e da falta de opções. Ela se posiciona como uma aprendiz perdida e sem bússola. Já nos demais segmentos que analisamos anteriormente, a narradora constrói outra configuração de um progressivo empoderamento de suas práticas clínicas, culminando no reconhecimento de sua função primordial no acompanhamento da paciente. O estagiário extremamente angustiado vai dando lugar a um acompanhante que dá sustentação ao outro. Com isso pudemos acompanhar a construção processual das memórias do que foi esse estágio para essa estudante e que estratégias discursivas ela utilizou para narrar de modo que capturasse o leitor em suas experiências.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisamos, nessa pesquisa, os textos de estagiários da Universidade Federal Fluminense, do segundo semestre de 2006 ao segundo semestre de 2007, nos quais as narrativas do campo da Saúde Mental estão configuradas numa ambientação sócio-histórica muito específica e que nos remetem a questões concernentes ao campo da memória social. Essas narrativas são construções de experiências frutos de encontros com pacientes psicóticos.

Ao retomar Benjamin (1985) - que aproxima o conceito de narrativa ao de experiência – sugerimos que, no momento em que se narra, transformam-se vivências em experiências; o tempo vivido é trabalhado, o que resulta em histórias transmissíveis. Transformar aquilo que se vive em algo que se pode compartilhar com o outro nos faz retornar à memória social, pois se produzem narrativas no seio de um grupo social, destinadas ao social. Quanto à memória sobre a loucura, podemos dizer, a partir dessas narrativas, que ela está em constante mudança, não está acabada. Cabe ao futuro finalizá-la, se for o caso.

Nosso corpus diz respeito a memórias guardadas numa biblioteca e de uso restrito para estagiários e profissionais da Rede de Saúde Mental do município de Niterói. Nossa preocupação refere-se ao uso que se pode ter dessas narrativas que, a nosso ver, têm um valoroso potencial de transmitir o que pode e como se pode lidar com a loucura. Esse tipo de escrita tão singular remete-nos à importância de refletir sobre o valor da narrativa clínica na contemporaneidade e sobre os desdobramentos possíveis que as narrativas de experiências clínicas junto a um psicótico podem ter para a clínica em Saúde Mental.

Alguns aspectos chamaram a nossa atenção no processo de análise do corpus: as marcas temporais, seja nos tempos verbais, em que se trata de acontecimentos no passado usando verbos no presente²³, seja no próprio discurso, que trata de coisas que vão mudando “diariamente” (Texto 3 - #7). Somem-se a isso as quebras dos esquemas de conhecimento e estratégias discursivas utilizadas para evidenciá-las. Os textos, em sua maioria, principiam narrando, sobretudo, as dificuldades do estagiário frente ao paciente. Com o passar do tempo, vão sendo vislumbradas e construídas *possibilidades* de trabalho. O conceito de ponto de virada nos foi muito útil na análise desse dado, pois:

²³ Intitulado como *presente narrativo* pela Gramática Descritiva. Pode ser utilizado quando o discurso ocorre em forma narrativa em que se usa, como estratégia verbal, uma presentificação do passado.

são exemplos especialmente marcantes de algo que ocorre o tempo todo, isto é, do processo contínuo no qual nos engajamos para reconstruir os significados de nossas experiências passadas e para refazer a nós mesmos de modos grandes e pequenos (MISHLER, 2002, p.110).

A presentificação do passado é uma possibilidade de ressignificá-lo à luz do presente, ou seja, as dificuldades podem ser interpretadas e adquirir novos sentidos dentro da prática narrativa. Seguindo nessa direção, podemos ver a função de ressignificação que o ponto de virada tem: o tempo vai sendo manuseado pela narrativa para seus próprios fins. Observamos, de forma mais abrangente, na perspectiva do sentido de final (MISHLER, 2002), que o enredo não está a serviço da temporalidade, mas a temporalidade está a serviço do enredo construído pelo narrador. A ideia é de que não se narra um acontecimento, mas se constrói um acontecido pela narrativa. Construir um acontecido é construir lembranças, reminiscências. Chegamos ao ponto, então, de que narrar encontros com a loucura é rememorar sobre ela e essa rememoração é temporal, é processual.

Fazendo um paralelo com o campo da memória social, poderíamos dizer que o tempo está a serviço da memória no fazer narrativo assim como as estratégias de envolvimento (repetição, diálogo construído, detalhamento e etc.) estão a serviço dos esquemas de conhecimento dentro de uma estrutura narrativa. Aventuramo-nos a propor esta relação visto que o tempo é algo que perpassa tanto o campo da memória quanto o campo da narrativa. Nosso interesse é estabelecer uma relação mais estreita entre os conceitos de memória social e o de esquemas de conhecimento com base em uma análise ainda mais profunda dos dados.

A partir da análise da narrativa desses casos é possível rever nossas compreensões clínicas no caso a caso. O que entendemos até o momento é que os esquemas de conhecimento são temporalizados pela narrativa. Tais esquemas são compreensões produzidas pelos estagiários a respeito da psicose. Estes dados discursivizam a temporalidade de seus esquemas de conhecimento a respeito da psicose. Como suas compreensões acerca da psicose vão sendo transformadas ao longo do tempo. No final de tudo que discutimos, constatamos a morte e o nascimento de diversas práticas clínicas a partir das narrativas desses estagiários, pois não há prática clínica que possa abarcar totalmente a complexidade de um quadro psicótico. Isso também nos mostra o caráter criativo dos estagiários que narrativizam a reinvenção de suas práticas clínicas. Tais escritos tão cheios de experiências e inventividade

clínica podem exercer outras funções além de ser um prestador de contas ao final de um estágio, pois apresentam potencial para exercer uma função pedagógica, a exemplo, da formação de novos estagiários em saúde mental.

Não pretendemos esgotar a análise do corpus dessa dissertação, mas destacamos que a análise aqui construída tem como pressuposto fundamental o aspecto dialógico. Riessman (2008), ao apresentar a análise de narrativas de cunho performático, traz-nos a dimensão do caráter interacional da narrativa, em que os sentidos não estão somente do lado do narrador, mas entre o autor (falante) e o leitor (ouvinte): “Narratives ... are polyphonic – multivoiced; the author (speaker) does not have the only Word, that is, authority over meaning is dispersed and embedded” (Ibid, p.107). A autora recorre a Bakhtin utilizando dele os conceitos de polifonia²⁴ e dialogismo²⁵. Essa não autoridade final do autor é complementada pela abordagem da Estética da Recepção²⁶, que compreende que, em toda obra literária, há vazios e hiatos que cabe ao leitor preencher. Gumperz (2002) também assinala, através do conceito de convenções de contextualização, os vazios da comunicação: sinais constitutivos da interação que transmitem certas intencionalidades de elocuições e interpretações, operando um processo de negociação entre falante/narrador e ouvinte/leitor, permitindo-lhes atribuir sentido ao que é dito. Essa abordagem pode ser transposta para nosso olhar analítico sobre os dados, na medida em que as narrativas que temos não carregam em si seus significados puros, mas têm seus sentidos complementados pelo pesquisador/leitor.

²⁴ Há sempre várias vozes na interação, para além da do narrador e do leitor. Elocuições carregam traços de outras elocuições, tanto do passado quanto do presente (Riessman, 2008). Para maiores aprofundamentos ver: BAKHTIN, M. Os gêneros do discurso. In: *Estética da Criação Verbal*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

²⁵ Uma palavra vem sempre saturada de ideologia e significados que são prévios ao seu uso (Ibid).

²⁶ Para maior aprofundamento no tema ver: LIMA, Luiz C. (org.) *A literatura e o leitor: textos de estética da recepção*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

REFERÊNCIAS:

- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1999.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Edições Graal. 2001.
- BASTOS, L.C. Contando estórias em contextos espontâneos e institucionais – uma introdução ao estudo da narrativa. *Calidoscópico* v. 3, n. 2, p. 74-87. Maio/ago. 2005.
- BENJAMIN, W. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre a literatura e a história da cultura*. 2º Ed. São Paulo, Brasiliense, 1985 - p. 114-119 (Obras Escolhidas, Volume 1).
- _____. Sobre alguns temas em Baudelaire (1939), in *Os pensadores – história das grandes idéias do mundo ocidental*, vol. XLVIII. São Paulo: Abril Cultural, 1975.
- BERCHERIE, P. Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro: 1989.
- BEZERRA, B. *Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.17(2): p.243-250, 2007.
- CZERMAK, M. *Apresentação de paciente*. In: *A pulsão na psicose: oralidade, mania e melancolia*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2009.
- DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- FOUCAULT, M. *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- GOFFMAN, E. Footing. In RIBEIRO, Branca & GARCEZ, Pedro (org.) *Sociolinguística interacional*. Porto Alegre: Editora Age, 2002. p.107-148.
- _____. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- _____. *Frame analysis: an essay on the organization of experience*. New York: Harper & Row, 1974.
- GAGNEBIN, J.M. *História e Narração em Walter Benjamin*. São Paulo: Perspectiva, 2009.

GONDAR, J. e DODEBEL, V. (org). *O que é memória social?* Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005.

GONDAR, J. Memória, Poder e Resistência. In: *Memória e Espaço: Ilhas do contemporâneo* – Rio de Janeiro: 7 letras, 2003.

GUMPERZ, John J. Convenções de contextualização. In RIBEIRO, Branca & GARCEZ, Pedro (org.) *Sociolinguística interacional*. Porto Alegre: Editora Age, 2002. p.149-182.

HALBWACHS, M. *A memória coletiva*. São Paulo: Editora Centauro, 2004.

HALL. S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A; 2006.

JULIBONI, E. *O ensino da psicanálise: estilo e transmissão*. Rio de Janeiro, 2008. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

LABOV, William. 1972. *Sociolinguistic Patterns*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.

LACAN, J. *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LAURENT, E. *A cidade analítica: O analista cidadão*. In: Curinga/Escola Brasileira de Psicanálise, Belo Horizonte n. 13, 1999.

Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em: 1 de junho de 2011.

LIMA, Luiz C. (org.) *A literatura e o leitor: textos de estética da recepção*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

MANNONI, M. *Primeira Entrevista em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2004.

MILLER, J.A. *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1997.

MISHLER, E. G. Narrativa e Identidade: a mão dupla do tempo. In: MOITA LOPES, L. P. & BASTOS, L. C. (Orgs.), *Identidades: recortes multi e interdisciplinares*. São Paulo: Mercado das Letras, 2002.

POLLAK, M. Memória, Esquecimento, Silêncio. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, número 03. 1989, p.3-15.

_____. Memória e Identidade Social. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, número 10. 1992/1.

Reforma psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf>. Acessado em: 01 de fevereiro de 2011.

RICOEUR, P. *Tempo e Narrativa*. Tomo I. São Paulo:Papirus:1993

_____. *Tempo e Narrativa*. Tomo II. São Paulo:Papirus:1995

_____. *Tempo e Narrativa*. Tomo III. São Paulo:Papirus:1995

RIESSMAN, C. K. *Narrative Methods for the human sciences*. Los Angeles: Sage, 2008.

SACKS, O. *Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

_____. *O homem que confundiu sua mulher com um chapéu e outras histórias clínicas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

SANTOS, M. S. dos. *Sobre a autonomia das novas identidades coletivas: alguns problemas teóricos*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo: vol. 13, n.38. 1998.

SCHIFFRIN, D. Narrative as self-portrait: Sociolinguistic constructions of identity. *Language in Society*, 25:167-203 Cambridge University Press, 1996.

SELIGMANN-SILVA, M. A História como Trauma. In: NESTROVSKI, A e SELIGMANN-SILVA, M. (Orgs.) *Catástrofe e representação*. São Paulo: Escuta, 2000.

SIMMEL, G. *Questões fundamentais da Sociologia*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2006.

SOLER, C. *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2007.

TANNEN, D. *Talking voices*: Cambridge University Press, 1989.

TANNEN & WALLAT. Enquadres interativos e esquemas de conhecimento em interação. In: GARCEZ & RIBEIRO (Orgs.). *Sociolinguística Interacional*. Edições Loyola: São Paulo, 2002.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

