



Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
Brasil

Miranda, Lilian; Onocko Campos, Rosana Teresa

Narrativa de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. 13, núm. 3, septiembre, 2010, pp. 441-456

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233016520005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Narrativa de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa*

Lilian Miranda
Rosana Teresa Onocko Campos

Este artigo discute algumas concepções de narrativa e seu uso como aporte metodológico para pesquisas qualitativas junto a pacientes psicóticos, ilustrando a proposta por meio de trechos da narrativa de entrevista realizada junto a uma paciente psicótica. Aponta-se o entendimento do trabalho narrativo como uma possibilidade de mediação entre o vivido e a linguagem socialmente estabelecida, destacando sua potencialidade em restituir aos sujeitos a autoria de discursos que os envolvem.

Palavras-chave: Narrativa, psicanálise, psicose, método de pesquisa

441

* Artigo baseado em pesquisa de doutorado: *Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos*. Tese apresentada em 19 de junho de 2009 no Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Brasil). Auxílio financeiro concedido pelo CNPq (Brasília, DF), Processo 554426/2005-06 AI e pela Capes (Brasília, DF) (bolsa de doutorado).

Introdução

A vivência da psicose impõe ao sujeito um trabalho constante de reconstrução de sentidos, de tal modo que processos interpessoais possam conformar novos e possíveis cenários de existência. São variados os trabalhos científicos que relatam experiências de adoecimento e tratamento de pacientes psicóticos baseados em estudos de caso e pesquisas avaliativas com terapeutas. No entanto, a apresentação do ponto de vista dos usuários é pouco explorada nas produções científicas (Del Barrio et al., 2004; Corin, 2002). Consequentemente, nossa leitura acerca das significações que os pacientes atribuem ao tratamento costuma ser mediada pela elaboração daqueles que com eles trabalharam, a partir de uma linguagem já codificada por um aparato simbólico.

Alguns estudos defendem que há um choque de culturas entre relatos de profissionais e usuários. Os primeiros geralmente discorrem sobre a experiência dos pacientes por meio de uma linguagem clara, organizada e articulada a termos técnicos. Já os segundos costumam adotar expressões de significados hesitantes, deslocamentos entre os termos e o que eles significam na linguagem formal e incoerências temporais e espaciais, mostrando outro tipo de organização do vivido (Corin, 2002).

Entendendo que a reflexão acerca de nossas práticas terapêuticas requer o conhecimento do que pensam todos aqueles envolvidos no processo (Furtado; Onocko Campos, 2008), em recente trabalho de pesquisa buscamos compreender como alguns pacientes psicóticos, inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III) de uma cidade de grande porte, percebem e significam sua experiência de

tratamento.¹ Em parte do nosso material empírico, realizamos oito entrevistas em profundidade com pacientes cujos diagnósticos, do ponto de vista psicanalítico, apontavam para uma estruturação psicótica.² Para apresentarmos o discurso desses pacientes, respeitando seu modo próprio de estruturação, utilizamos a escrita de narrativas dessas entrevistas.

Intrigados por essa experiência, pretendemos apresentar um exemplo de narrativa de uma paciente, associando-a com uma discussão acerca de possíveis concepções do trabalho narrativo e sua potência em restituir aos sujeitos a autoria de discursos que os envolvem. Note-se que nosso objetivo não é realizar uma revisão exaustiva da literatura acerca do assunto, e sim apontar as tradições em que nos sustentamos para a construção de narrativas na pesquisa e apresentar um exemplo de narrativa de uma paciente psicótica, evidenciando seu modo peculiar de descrever as experiências e avaliar o tratamento.

A narrativa, cujos trechos serão apresentados, tem caráter exemplar diante da discussão teórica construída e da capacidade de fornecer-nos elementos acerca de uma vivência peculiar da paranoia e suas possibilidades de tratamento. Assim, esperamos contribuir para a reflexão sobre o uso das narrativas como recurso metodológico, bem como para a possibilidade de estudar uma vivência de psicose, sob a perspectiva da paciente entrevistada.

Como concebemos o trabalho narrativo

No campo da saúde coletiva, temáticas ligadas à subjetividade vêm sendo abordadas por meio de estudos que fazem uso das narrativas através de uma perspectiva etnográfica e antropológica. Em trabalhos anteriores, realizamos uma

1. Trata-se de uma pesquisa de doutorado, financiada pela CAPES. A construção de material empírico deu-se por meio de entrevistas em profundidade com pacientes psicóticos e grupos focais com trabalhadores, usuários e familiares de seis CAPS III de uma cidade de grande porte. Para os propósitos deste artigo, trataremos apenas das entrevistas realizadas com os usuários. Esta pesquisa é um subprojeto de uma pesquisa temática de avaliação de uma rede de CAPS, cujo financiamento foi concedido pelo CNPq – Processo 554426/2005-06 AI.
2. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética da Secretaria de Saúde da cidade de Campinas e da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (parecer 396/2004). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre esclarecido, condizente com as diretrizes e normas da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução n. 251, de 7/8/1997, do mesmo conselho, atendendo as exigências da Declaração de Helsink.

revisão bibliográfica de algumas concepções de narrativa ligadas à teoria literária, à comunicação e à psicanálise, apontando outro modo de conceber o trabalho narrativo e destacando-o como produtivo recurso metodológico para as pesquisas qualitativas em saúde (Onocko Campos; Furtado, 2008).

Concebemos as narrativas como um processo de mediação entre o vivido e a possibilidade de inscrevê-lo no social, inserindo a experiência subjetiva em um campo político. Para tanto, apoiamo-nos em alguns autores que oferecem subsídios para tratar da narratividade da experiência humana sem destituí-la de sua intensidade, marcada pela vivência peculiar do tempo, e por marcas identitárias. Dentre eles, destacamos o trabalho de Ricoeur (1997), para quem a narrativa tem uma função mediadora entre a ação e a linguagem. Esta carga a impossibilidade de trazer consigo certa parte da experiência que, depois de vivida, parece se perder no tempo. Nesse sentido, o autor propõe que as narrativas têm a qualidade de apreensão da intensidade da experiência humana, inscrevendo-a numa temporalidade aprofundada.

A composição de uma intriga faz surgir o inteligível daquilo que se localizava no registro do acidental (Ricoeur, 1997). Assim, é a atividade narrativa que permite ao homem apreender o caráter de passagem do tempo (no sentido de algo que cessa e transita), relacionando passado, presente e futuro e localizando-se nessa relação que permanece em contínuo trânsito. Portanto, a narrativa se coloca como um recurso através do qual instituímos nossa vida na temporalidade humana, podendo anunciá-la e compartilhá-la. Ela atinge seu sentido pleno quando se encontra com o mundo do leitor, compartilhando a ação com o público: uma inter-ação (Onocko Campos; Furtado, 2008).

Ao estudar os sonhos, Freud (1900) aprofunda a discussão acerca das narrativas e sua relação com a temporalidade da experiência humana. Propõe que o conteúdo repetido em diferentes vivências do sujeito, ao longo de tempos remotos, é condensado e sonhado a partir da atemporalidade do inconsciente. Num primeiro momento, a ligação entre todas as partes do pensamento onírico apenas é percebida “pela simultaneidade no tempo” (p. 340) em que ocorrem, já que não há conexões causais entre os conteúdos condensados. Consequentemente, o conteúdo do sonho causa impacto ao sonhador, mas não costuma lhe fazer sentido. É o trabalho interpretativo que permitirá a criação de uma espécie de enredo do sonho.

Sabemos que tal trabalho é analítico. Entretanto, entendemos que ele implica também um procedimento de construção narrativa, regida pelas associações do paciente que, ao ser escutado pelo analista, consegue agenciar o conteúdo sonhado, construindo uma espécie de enredo narrativo que estabelece ligações lógicas entre os diversos pensamentos oníricos. Em estudo posterior, Freud (1937) incrementa essa questão propondo que o analista realize com seus

pacientes um trabalho de construção, semelhante àquele feito pelos arqueólogos que reconstroem a imagem de um prédio demolido por meio dos restos que encontram em suas escavações. Tal trabalho, no caso do analista, diz respeito à tarefa de utilizar os traços deixados pelo paciente para completar aquilo que não foi falado, aproximando-se da função exercida pelos delírios: trazer à realidade rejeitada um elemento “de verdade histórica” (p. 286). Portanto, é a construção narrativa, exercida por meio da relação transferencial, que alinhava os fatos vividos, atribuindo-lhes sentidos permeáveis a ressignificações.

Incrementamos essas reflexões por intermédio de Kristeva (2002), para quem a vida é especificamente humana desde que possa ser representada por uma narrativa e partilhada com outros homens. Assim, as narrativas exercem para a humanidade a função de extrair os acontecimentos do fluxo contínuo do devir e muni-los de um “quem” e um “quando”. Elas acontecem em um “entre dois”, em que os fatos são transformados em experiências compartilháveis. São, portanto, “a ação mais imediatamente partilhada e, nesse sentido, a mais inicialmente política” (p. 87, 88).

Remetendo-se à biografia de Hanna Arendt, a autora defende que, ao localizar-se num “entre dois”, socializando a experiência humana, a narrativa permite que o homem seja imortalizado e a história construída, pois os leitores concluem a história narrada ao pensar sobre ela, fazendo da pólis “uma organização de memória” (p. 77). Nessa perspectiva, o essencial da narração não é a coerência interna do vivido, mas a possibilidade de extrair a ação do fluxo contínuo, condensando-a num espaço exemplar e revelando um quem. A nosso ver, esses apontamentos convergem com a ideia de que a atividade narrativa permite ao sujeito a restituição de sua verdade histórica, o que dá acesso a possibilidades de ressignificações, ou seja, de autoria sobre sua história.

Apoiando-se em Ricoeur (1997), Carvalho (2003) faz apontamentos nessa mesma direção defendendo que, quando os relatos biográficos são tratados como modalidades narrativas, “deixam de ser produções individuais e factuais e evidenciam a interpenetração entre sujeito e história, bem como entre os acontecimentos e sua reconfiguração na tessitura de vidas narradas” (p. 293). Ao transpor essas reflexões acerca da concepção de narrativa para a atividade de pesquisa, a autora defende que o pesquisador também se torna mais um interlocutor, “integrando o circuito dialógico da produção de conhecimento” (p. 295), o que atribui à narrativa um caráter de construção compartilhada entre os diversos atores envolvidos na pesquisa.

Baseando-nos nessas concepções, acreditamos que o trabalho narrativo contribui para pesquisas acerca da experiência psicótica, na medida em que permite o compartilhamento social de tal experiência, sem destituí-la de suas

singularidades. Assim, pelas suas narrativas, os pacientes psicóticos adentram para o espaço político, recheando-o com suas vivências, historicamente relegadas à exclusão.

Para que exerçam sua função de mediação entre o vivido e o mundo social, parece-nos necessário que as narrativas ainda considerem o contexto de produção da experiência e seus determinantes. A fim de contemplar essa exigência, apoiamo-nos em estudos acerca das narrativas no campo da história. A esse respeito, Burke (1992) propõe “densificar” a narrativa, ou seja, construí-la de modo que possa lidar não só com a sequência dos acontecimentos e as intenções conscientes dos atores, como também com as instituições e modos de pensar, ou seja, com as múltiplas vozes envolvidas naquilo que é narrado.

A utilização das narrativas como recurso metodológico

Como transformar transcrições de entrevistas em narrativas? Julgamos que as narrativas, enquanto mediação entre o vivido e algo socialmente compartilhável, não são naturalmente dadas. Elas requerem um trabalho de construção, em que o pesquisador se coloca como um interlocutor-narrador (Onocko Campos; Furtado, 2008). Tal como vimos em Freud (1900; 1937) não basta o paciente descrever seu sonho, é necessário um trabalho de escuta do analista que, por meio de apontamentos e interpretações, o ajuda na reconstrução da verdade histórica, ou seja, uma escuta que o auxilia a alinhar os fatos através de conexões de sentido.

Além disso, entendemos que toda história que se conta é endereçada a alguém, de modo que um tipo de variável diegética (Lyotard, 2006) é constituída por aquele que motiva o fato de contar e se dispõe a recolher e registrar essa história de alguma maneira. As narrativas nunca estão “prontas” no interior dos sujeitos, prestes a serem “extraídas”: elas são sempre construções que nascem de uma relação.

Em nossa atividade de pesquisa, colocando-nos numa posição de disponibilidade, em que estávamos genuinamente presentes e adaptadas ao entrevistado, sentimo-nos capazes de desenvolver uma escuta sensível, que nos capacitou a construir narrativas agenciadoras daquele fluxo de ideias, descrições de acontecimentos e afetos apresentados durante a entrevista. É claro que se tratou da nossa escuta e não de uma tradução pretensamente realística do sujeito entrevistado. Ou seja, a construção de narrativas das entrevistas é fruto de um processo relacional configurado em um espaço transicional (Winnicott, 1971), permeável às (re)vivências e conectado ao seu contexto social de produção. Assim, experimen-

tamos um tipo de comunicação estruturada a partir da coabitação de novos mundos, alicerçados nas histórias de vidas que os usuários nos contavam. Não estávamos vivendo essas histórias com os pacientes, tampouco conhecendo-as em seus dados exteriorizados e objetivados, estávamos compartilhando uma criação de sentidos que os usuários faziam a partir do trânsito entre o que lhes pertencia ao campo da experiência emocional e a oportunidade de torná-la pública.

Apoiando-nos em Del Barrio et al. (2004), iniciamos nossas entrevistas pedindo que os usuários nos contassem sobre suas vidas. Deixávamos que eles elegessem os aspectos que lhes parecessem mais significativos e dessem livre curso à narrativa. Ao construir narrativas das entrevistas, tomando o cuidado de seguir o fluxo de associações dos entrevistados, pudemos produzir um agenciamento dos fatos descritos, atribuindo-lhes a identidade e a localização temporal, tal como sugerem Kristeva (2002) e Ricoeur (1997).

A seguir, apresentamos trechos da narrativa construída a partir da entrevista com uma paciente, a quem demos o nome fictício de Laura.

Narrativa da entrevista feita com Laura³

447

Eu nasci em casa, de parto normal. Somos sertanejos. (...) Minha mãe percebia que eu não era muito normal quando criança, era diferente. Mas, como morávamos no sítio, ela não deu muita importância. Ela também era sertaneja, achava que poderia levar as coisas de qualquer jeito. Quando mudamos para a cidade é que ela percebeu mais ainda. Ela sentia que eu era diferente. Eu tinha medo de dormir sozinha, via vulto. Quando eu tinha medo eu ia dormir no meio da minha mãe e do meu pai. (...) Era um medo terrível. Não me lembro do que, mas tinha medo e via vulto. Nessa época eu estava com seis anos. Entrei na escola e foi tudo bem. Passei de ano até a sexta série, sem repetir. Minha mãe achava que eu não conseguiria, porque eu era diferente, mas foi tudo bem.

Com 11 anos fui ser babá da filha da minha professora. Fiquei com ela até os 13 anos. (...) Então deu uma estabilizada naqueles problemas que eu tinha. Com os bons estudos, o envolvimento com outras crianças e trabalho, parecia que eu tinha ficado normal, tinha melhorado a mente.

3. Para preservar a identidade das pessoas citadas, bem como das instituições, nomeamo-las com suas iniciais.

Nessa época, mudei para cidade grande (...) e não foi muito bom. Aqui eu comecei a ter medo no bairro em que morava. (...) Tinha medo dos marginais que ficavam usando droga na esquina. Eu era muito bonita e percebia que alguns marginais me cobiçavam, mas tinham medo do meu irmão mais velho. Mas esse irmão teve doença de Chagas, começou a ficar doente e morreu. Eu estava com 16 anos e namorava um militar. (...) Eu me senti muito insegura quando meu irmão veio a óbito. Meus pais tinham se separado e eu perdi meu irmão. (...)

Hoje, sinto que o que aconteceu no ano passado foi que o meu irmão apareceu para mim. Mas, se fosse hoje eu não acreditaria que era ele. Acreditaria que era um ser do mal, porque quem morreu não aparece nem volta mais. E meu irmão voltou para falar comigo. Fiquei com muito medo. Eu ia ao cemitério, escrevia carta para ele, deixava no túmulo. Ia escondida da família, com sol quente, ficava lá. Fiquei fraca da cabeça e tive minha primeira internação. Chorava demais e minha mãe percebeu que eu não estava falando coisa com coisa. Por isso, me levou na C.⁴ O dr. E. passou um remédio. Lembro do nome até hoje. (...) Mas, eu não melhorei e minha mãe voltou comigo lá. Eu estava atrapalhada da cabeça, não comia e não dormia. Estava muito magra. Então o dr. E. disse que seria bom uma internação. Mas a internação foi muito pior.

448

Minha família não tinha condições de me levar numa clínica de repouso, um lugar mais bonito, asseado, um lugar bom. Então me levaram para o V. (...) Assim que cheguei, minha mãe havia ido embora e eu já tive dificuldades com paciente. Lá tinha sapatão e elas ficaram interessadas por mim. Dormiam no meu quarto. Fiquei apavorada, com medo delas. Mas graças a Deus elas perceberam que era brava e não mexeram comigo (...). Mas a comida era muito ruim. O edifício era bom, mas o ambiente não era legal. Como eu era de menor, fiquei lá só nove dias. Voltei para casa, mas não estava boa. Voltei doente, nada me conformava. (...) Foi então que minhas amigas resolveram me incentivar a participar de um concurso de beleza.

Eu estava com uns 17 anos quando isso aconteceu. Participei. Fiquei em terceiro lugar. Não ganhei porque estava muito magra. Mas, aí, coloquei na minha cabeça que eu estava engordando com os remédios. Como comecei a desfilar, sempre parava com os remédios. (...) Acabei parando na Clínica S. O hospital era bom. (...) Só que as internações eram muito longas, eram dois, três meses. Mesmo que você estivesse melhor, não davam alta. Eu tinha que permanecer meses ali por causa de uma crise que já tinha passado. Era muito terrível. Como já me falaram, os hospitais ganharam dinheiro em cima da minha doença.

4. Clínica de atendimento psiquiátrico.

(...)

Nessa época eu estava com uns 24 anos. Foi quando conheci meu noivo, meu marido. (...) Ele era muito danado, não tinha juízo, me chifrava. (...) B., minha filha, nasceu com defeito físico. Ela teve cardiopatia congênita e hepatite neonatal. No dia em que ela morreu, colocaram a médica que eu mais gostava para me pedir para fazer uma autópsia nela. Não deixei. Fizeram uma biópsia. (...) Foi muito duro para mim quando a B. morreu. Fazia dez anos que meu irmão havia morrido. Enfrentei a morte da B. com muita depressão, tristeza. O médico me falou que eu não engravidaria mais. (...) Tive crise e então me internaram no CF.

Minha mãe chegou comigo lá às onze da noite, com ambulância. Ela foi uma heroína. Não tenho do que reclamar. Assim que cheguei, o enfermeiro me arrumou um quarto bom e uma boa alimentação. Naquela época, não fiquei presa, como ficava no hospital fechado. (...) Os pacientes ficavam soltos e não fugiam. (...) Achei diferente. Fiquei internada 17 dias. Quando saí, a tia N. e a S.⁵ me convenceram de que eu tinha que tomar o remédio. (...)

Fiquei tão mal, tão doente, que me aposentaram por invalidez. E me deram um emprego no N.,⁶ na culinária. Trabalhei lá de 1991 a 1996. Cinco anos que mudaram muito a minha vida. (...) Pegava ônibus todo dia sozinha, comecei a ter um dinheiro a mais, coloquei minha vida em ordem. Nisso, o CF.⁷ foi muito bom para mim. (...) Nessa época, já havia melhorado bem daqueles problemas, porque o pessoal do CF. havia me convencido a tomar o remédio. (...) Estava levando uma vida normal, tomando remédio. Vendia salgado. As pessoas ficavam me esperando na hora do lanche. (...) Colocava os salgados numa caixa de isopor e entregava quentinhos na igreja, nos motoristas de táxi, nas lojas, nos bancos, no supermercado. Todo mundo me conhece. Quando eu passava, diziam: “Olhem lá, a moça do lanche chegou”. Isso me incentivava muito a viver, a ter outro tipo de vida. Eu tomava o remédio direitinho.

Saí do N. para trabalhar na casa de um médico (...). Fiquei tão bem, que ele não notou que eu tinha problema. Minha responsabilidade era deixar tudo apagado, desligado, trancadinho. Ele saía para trabalhar e eu ficava sozinha com a casa. Minha mãe deixou porque sabia que eu estava bem. Trabalhei lá uma porção de anos. Estou contando resumidamente.

5. Profissionais do serviço de saúde.

6. Núcleo de Oficinas de Trabalho. Trata-se de uma Cooperativa que possui várias oficinas de geração de renda, voltadas para os usuários de saúde mental da cidade.

7. Serviço de saúde, em cuja unidade de internação ela havia ficado internada e que é responsável pela administração da oficina de trabalho de que participava.

Quando conheci o H., o pai da minha filha V., fui morar com ele. Nos conhecemos no CF. (...) O H. melhorou depois que foi morar comigo. Ele também tem problemas mentais. Eu o fazia vestir roupas bonitas e cuidava bem dele. Cuidava da casa. (...) Mas aí o H. me traiu. Ele tinha uma amante e foi com ela para os Estados Unidos.

É uma história muito comprida. Os amantes da amante dele queriam sequestrá-lo. Eu é que o livre de ser sequestrado. Pressenti o sequestro. Deus me mostrou o cativeiro do H. Então, liguei para a G., que era vizinha dele, e pedi que ela o avisasse. Ela acreditou em mim, porque sabia que eu pressinto as coisas. Ela falou com ele. Mas o H., depois disso, matou todos os bandidos (...) porque ele é soldado. Matou todos, não sobrou nenhum. Esses amantes ligavam em casa à noite, queriam me sequestrar.

Eu estava grávida quando o H. e eu nos separamos. Mas, o médico já havia falado que eu não engravidaria mais. Fiz o exame e teimei que não era gravidez. (...) No dia em que peguei o resultado do exame, o médico me disse que era um bebê. Fiquei feliz. Um bebê nunca é demais. (...) Mas o H. foi muito ingrato. Ele me sedou, me colocou na UTI, me encheu de gases. Foi muito mau. Não tenho mágoa dele, mas ele foi muito ruim. Queria me matar. Não sei por que ele queria isso. Talvez tenha sido porque eu não queria mais voltar com ele e porque ele tomou ódio de mim, por saber que eu sabia que os amantes queriam sequestrá-lo. Ele matou todos os amantes e queria me matar também. Acabar com tudo.

Eu não morri, mas estou cheia de gases, daqueles paninhos que se põe nos curativos. Tenho gases do canal do ânus até o pulmão. Ele fez um atentado terrorista (...). Ele não poderia me matar no dia porque eu espalhei pelo hospital que ele queria me executar. Acho que ele ficou com medo e me encheu de gases. Deve ter pensado que eu não morreria naquele momento, mas morreria mais tarde.

Depois de seis meses, quando comecei a ter infecção, eu procurei o médico e ele viu os gases no Raio X. Minha filha ficou com a minha mãe e tentaram me operar, eu estava sozinha na U.⁸ Quando eram onze horas da noite, me aplicaram um soro que começou a doer. Nesse momento, Deus me falou: “Foge porque vão te matar”. Então eu levantei, tirei todas as agulhas e fugi do hospital. Estava com uma infecção muito grande. Fiquei escondida no jardim em frente ao hospital, mas quando vi os guardas me procurando, corri para a guarita. Lá vi um carro e pedi carona para o motorista. Acho que Deus o criou, pois ele deu a carona. (...)

Eu era crente da Assembléia de Deus e, quando contei para o pastor o que havia acontecido, ele colocou um advogado. Quer dizer, eu acho que ele colocou.

8. Hospital Geral.

Na verdade, eu menti para o pessoal da U. que o pastor havia colocado o advogado e, por isso, de lá da U. me levaram para a clínica de repouso I. Mas me torturaram na U. Sofri tortura, fui medicada e contida sem precisão. Judiarão muito de mim. Sofri muita tortura no CAPS, na U. Eram torturas com injeção. Aplicavam com a intenção de me engordar. Durante cinco anos fui torturada com injeção no CAPS. Médicos corruptos deram um diagnóstico falso sobre mim. Mas não fiquei com ele, porque consegui provar que era mentira. Era verdade que eu tinha insônia, falta de apetite e de coragem de me arrumar, de tomar banho, de dormir, de comer, tinha crise de choro, ficava atrapalhada às vezes. Mas não tenho crises convulsivas, não ouço vozes. Falaram que tenho um monte de coisas que não são verdades. O que eu tenho, eu não nego. Eu não tenho nem mesmo complexo de ser uma pessoa com problemas mentais, não tenho vergonha. Assumo, não escondo de ninguém, mas não aceito o que é mentira.

O CAPS para mim tem duas fases. Uma ruim e uma má. Não tenho o que reclamar dos funcionários, nem da enfermagem. Mas dos médicos eu tenho. Quando fui para o CAPS, minha filha era bebê. (...) O CAPS possui gente que é boa, mas não sei quem me envenenou lá. Passei mal e falei que, se morresse, eu levaria o H. comigo. E iria levar mesmo, porque ele também ficou ruim. Enquanto eu passava mal com o veneno, no CAPS, ele passava mal no hospital. (...) O pessoal do CAPS é legal. Eu estava tendo problema com médico. O H. comprava os médicos, que faziam o que ele queria. Aplicavam injeção, davam diagnóstico falso, falavam calúnias. (...) Estar no CAPS é uma alegria muito grande para mim, converso com uma pessoa, com outra, até com o pessoal da limpeza, me dou bem. (...)

A enfermagem não acreditava em mim quando eu dizia que estavam me torturando com injeção. Acreditava apenas no médico. Foi preciso eu amaldiçoar o médico, para que as pessoas acreditassem em mim. Mas a alegria do CAPS é contagiante. Os pacientes, até o guarda, formam uma grande família para mim. Eu sei que o médico me envenenou porque eu vomitei o veneno. (...) Antes de conhecer o H. eu tive vários médicos bons (...). Eu não tinha problema nenhum com médico. Mas o H. solta algum dinheiro e a pessoa faz o que ele pedir.

Entre os 17 e os 44 anos eu sempre trabalhei. Mesmo aposentada, eu trabalhava. Fazia bicos, faxina, passava roupa. Eu passo muito bem. Sou passadeira profissional. Trabalhei no *shopping* muito tempo e passava roupa de vitrine, linho, seda. (...) Ninguém desconfiava que eu tinha problema, mas me mandavam embora quando eu tinha crise.

Nas crises, não como, não durmo, fico magrinha, não sinto vontade de pentear o cabelo, nem de usar roupa bonita. Tive uma crise faz dez meses, porque uma pessoa falou alguma coisa de mim na rádio. Fui parar lá no CAPS. O CAPS só precisa de uma coisa: tirar os fumantes do quarto (...).

Minha vida tem voltado ao normal. Acho que os problemas que aconteceram no meu relacionamento com o H. não têm nada a ver com doença e sim com caráter. (...)

Hoje em dia eu vou no CAPS uma vez por semana. Fico um período ou só pego a medicação, converso e venho embora. Converso com a P., que é minha referência.⁹ Ela conversa, procura ajudar. Acho que é bom ter uma referência, porque ela já sabe o seu problema, sabe como você fica, conhece a sua história. (...)

A técnica de referência sabe de tudo isso porque faz reuniões. Quando uma referência vai sair do CAPS, ela conta a história dos pacientes para quem vai entrar. (...) Eu contei minha história, mas elas também ficaram sabendo através dos meios de comunicação, das pessoas. Viram pessoas me amaldiçoando. Foram convivendo comigo. (...)

Se eu chego no médico e conto que estou cheia de gases e sofri um atentado terrorista, ele não acredita. Mas a minha referência sabe que eu estou falando a verdade. Então fica mais fácil, porque ela sabe que não é coisa da minha cabeça, que não é mentira minha. Ela me conhece e acredita em mim. Uma vez eu estava sentindo dores na barriga e fui na U. O médico achou que era coisa da minha cabeça e quis me aplicar uma injeção. Eu me recusei e, então, chamaram o CAPS. Minha referência chegou e me levou embora, porque ela sabe que é verdade o que estou falando. (...)

Acho que o CAPS se comunica sobre mim até mesmo com o presidente. Os meios políticos se comunicam com o CAPS e sabem que eu amaldiçoei, que eu matei. Eu matei não, Deus matou. Então eu não preciso falar muita coisa para minha referência porque ela já sabe. Todo mundo sabe. (...)

Outro trabalho importante do profissional de referência é dizer para a família que é necessário levar roupas, sapatos, frutas, quando estamos internados. Ela informa o jeito como estamos para a família. (...) Acho que quando um paciente fala uma coisa absurda para a referência, ela deve investigar se é verdade ou mentira. Não pode ir dando a sentença, dizendo que tem problema, que não é verdade. (...)

Discussão

Consideramos que a narrativa agenciou os fatos descritos por Laura, possibilitando que o leitor os compreenda, sem que, para tal, precise sobrepor os seus

9. Profissional de referência.

próprios referenciais discursivos. Note-se que foram mantidas contradições entre certos fatos, bem como diferentes intensidades atribuídas às experiências, de modo que a qualidade do narrado, mais do que sua coerência, pode ser socialmente compartilhada. Esse procedimento cumpriu com uma das funções narrativas de destacar o “quem” da ação e atribuir um caráter histórico às experiências vividas, instaurando-as no campo político, tal como propõe Kristeva (2002).

Consequentemente, a narrativa fez a mediação entre o vivido e o mundo social, segundo o que vimos discutindo através de Ricoeur (1997) e garantindo à Laura um posicionamento identitário, em que ficaram marcadas a avaliação e a valoração que faz acerca do seu tratamento, bem como os sentidos que possibilitam-lhe alinhar os fatos vividos. Ou seja, ao narrar suas experiências, Laura foi impelida a compor alguma relação entre ela, a sociedade e a historicidade, relação esta permeada pelo contato que com ela tivemos na posição de ouvinte e pesquisador-narrador, bem como pelas múltiplas vozes e estruturas que a envolvem (Burke, 1992). Avaliamos que a sustentação de um espaço de escuta, permeável ao trânsito entre os vários mundos sobrepostos na entrevista, ao modo do espaço transicional winnicottiano, facilitou o processo de reconstrução da experiência vivida.

Assim, ao narrar a avaliação que os pacientes fazem do tratamento e o posicionamento ético que disso resulta, conformamos um espaço político em nossa prática de pesquisa. Note-se que atribuímos ênfase ao trabalho de coconstrução do material empírico, em que a narrativa não se faz numa perspectiva fenomenológica, ou seja, não é fruto de uma transposição, supostamente objetiva, do leitor ao acontecimento passado, negando quaisquer espaços para a alteridade (Vaisberg, 2004). Trata-se de uma coconstrução delimitada por um posicionamento do pesquisador que não se pretende neutro, mas compromissado em adaptar-se ao entrevistado, desenvolvendo junto dele “efeitos de narratividade” (Onocko Campos; Furtado, 2008).

À guisa de conclusão

Os trechos de narrativa apresentados mostram a potencialidade desse recurso metodológico para exprimir experiências com a intensidade e a peculiaridade que lhe são próprias, sem perder as contradições e hesitações que marcam a organização do vivido. Tratou-se de um trabalho de construção, em que as associações do sujeito pesquisado foram sendo alinhavadas pela escuta do pesquisador, sem que este se sobrepusesse ou tampouco se anulasse, sob o pretexto de uma neutralidade positivista.

Ainda que desprovida de uma organização sempre lógica da linguagem, a narrativa apresentada evidencia a possibilidade de resgatar as nuances avaliativas em relação aos vários serviços pelos quais Laura transitou, bem como ao CAPS e ao trabalho da profissional referência em particular. Constitui-se assim um tipo de avaliação muito mais complexa que a simples e mais frequente “avaliação da satisfação do usuário”, geralmente positiva, pois não se abre à experiência singular.

Referências

BURKE, P. *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Editora Unesp, 1992.

CARVALHO, I. C. M. Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. *Horizontes antropológicos*, Porto Alegre, v. IX, n. 9, p. 283-302, jul. 2003.

CORIN, H. Se rétablir après une crise psychotique: ouvrir une voie? Retrouver sa voix? *Revue Santé Mentale au Québec*, Québec, v. XXVII, n. 1, p. 65-82, 2002.

454

DEL BARRIO, L. R. et al. Avaliação qualitativa de serviços em saúde mental a partir das perspectivas de usuários e profissionais. Negociação, cidadania e qualidade dos serviços. In: BOSI, M. L. M. e MERCADO-MARTINEZ, F. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004. p. 401-449.

FREUD, S. (1900). *A interpretação dos sonhos*. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 5.

_____. (1937). Construções em análise. Moisés e o monoteísmo. Esboço de Psicanálise e outros trabalhos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 23.

FURTADO, J. P.; ONOCKO CAMPOS, R. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. XXIV, n. 11, p. 2671-2680, nov. 2008.

KRISTEVA, J. *O gênio feminino: a vida, a loucura, as palavras*. Hanna Arendt, Tomo I. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

LYOTARD, J. F. *A condição pós-moderna*. 9. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2006.

ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. XLII, n. 6, p. 1090-1096, dez. 2008.

RICOEUR, P. *Tempo e narrativa*. Tomo I. Tradução de Constança Marcondes. Campinas (SP): Papirus, 1997.

VAISBERG, T. A. Da questão do método à busca do rigor. In: *Ser e fazer: enquadres*

diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida (S.P): Ideias e Letras, 2004. p. 119-129.

WINNICOTT, D. W. O brincar. Uma exposição teórica. In: *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1971. p. 59-79.

Resumo

(Narratives of psychotic patients: notes for a methodological support in research)

This article discusses concepts of the narrative and its use as a methodological support for qualitative research with psychotic patients. Our proposal is illustrated with passages from the narrative of an interview with a psychotic patient. We indicate narrative work as a possibility for mediation between actual experience and socially established language, and stress the potential of narratives for restoring a subjects' authorship of discourses that involve them.

Key words: Narrative, psychoanalysis, psychosis, research method

(Récit de patients psychotiques: notes à un support méthodologique de recherche)

Cet article porte sur certaines conceptions du récit et de son utilisation en tant qu'apport méthodologique à la recherche qualitative sur des patients psychotiques. Nous illustrons notre proposition à l'aide de passages sélectionnés du récit d'un entretien avec un patient psychotique. Nous soulignons la compréhension du récit comme un moyen de médiation entre le vécu et le langage établi socialement et mettons en évidence son potentiel de restituer, aux sujets, la qualité d'auteur des discours qui les concerne.

Mots clés: Récit, psychanalyse, psychose, méthode de recherche

(Narrativa de pacientes psicóticos: notas para un soporte metodológico de investigación)

Este artículo discute algunas concepciones de narrativa y su uso como aporte metodológico para investigaciones cualitativas con pacientes psicóticos, ilustrando la propuesta a través de trechos de la narrativa de una entrevista realizada con una paciente psicótica. Se propone el entendimiento del trabajo narrativo como una posibilidad de mediación entre lo vivido y el lenguaje socialmente establecido, destacando su potencialidad de restituir a los sujetos la autoría de discursos que los envuelven

Palabras claves: Narrativas, psicoanálisis, psicosis, método de investigación

Citação/Citation: MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R.T. Narrativa de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 441-456, set. 2010.

Editor do artigo/Editor: Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck

Recebido/Received: 11.5.2009 / 5.11.2009 **Aceito/Accepted:** 10.8.2009 / 8.10.2009

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Financiamento/Funding: Esta pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES/This research has been funded by the National Counsel of Technological and Scientific Development and by Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Conflito de interesses/Conflict of interest: As autoras declaram que não há conflito de interesses/The authors declare that has no conflict of interest.

LILIAN MIRANDA

Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Brasil).

R. Tessália Vieira Camargo, 126
Cidade Universitária “Zeferino Vaz”
Caixa Postal: 6111
13083-970 Campinas, SP, Brasil

ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS

Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (Campinas, SP, Brasil).

R. Tessália Vieira Camargo, 126
Cidade Universitária “Zeferino Vaz”
Caixa Postal: 6111
13083-970 Campinas, SP, Brasil