

Liliana Cabral Bastos
lcbastos@bighost.com.br

Diante do sofrimento do outro – narrativas de profissionais de saúde em reuniões de trabalho

In face of the pain of the other – narratives of health care professionals in work meetings

RESUMO – Neste trabalho, analiso a construção do sofrimento de profissionais de saúde, tomando por base as narrativas produzidas em reuniões de trabalho de um grupo interdisciplinar cujo objetivo é oferecer apoio a profissionais que lidam com crianças e adolescentes vítimas de violência. A distinção entre narrativas breves e longas, que aqui denomino *episódios* e *trajetórias de sofrimento*, se mostrou bastante significativa para se compreender a natureza das diferentes ações desenvolvidas nas reuniões. Os episódios remetem, ritualmente, ao sofrimento gerado pelo trabalho, ou evidenciam teses e opiniões defendidas nas reuniões. As trajetórias têm suas etapas co-construídas em reuniões de apresentação de caso, nas quais se avalia o ocorrido e se oferecem orientações para futuros procedimentos. As narrativas atuam na manutenção e na coesão do grupo, sendo as reuniões, sobretudo, um espaço ideal para contar/ouvir histórias. Nesse espaço se instala um movimento identitário clássico, aqui caracterizado pela distinção entre um *nós* – os membros do grupo, que são sensibilizados para e informados sobre a questão da violência contra crianças e adolescentes – e um *eles* – os não membros, profissionais de saúde que ainda precisam se aproximar e conhecer a questão. Vê-se também como, em um grupo interdisciplinar, os diferentes profissionais co-constróem suas narrativas de sofrimento, inclusive os médicos, que tradicionalmente detêm o poder nas equipes de saúde. Tal fato parece estar associado a uma transformação na identidade tradicional do médico na organização hospitalar contemporânea.

Palavras-chave: narrativa, identidade, interação, contexto da saúde, profissionais de saúde.

ABSTRACT – In this paper I examine the construction of suffering by an interdisciplinary group of health care professionals who work with child and adolescent victims of violence. For that, I analyze the narratives these professionals produce during their regular planning and case presentation meetings. Based on the notion of small and big stories, I was able to identify two suffering construction practices: the telling of small narratives, or *episodes of suffering*, which occur mostly in planning meetings when participants present and discuss the suffering generated by the professional practice itself, or as evidence supporting hypotheses and opinions concerning the overall functioning of the group; and the telling of big narratives, or *trajectories of suffering*, which are co-constructed in stages during meetings dedicated to case presentations, in which events are reviewed and future action is suggested. The analysis also revealed that these narratives function to maintain group cohesion, since the meetings are an optimal setting for telling and listening to stories. In this context, a classical movement of identity construction takes place, supported by the distinction between *us* – group members who know about violence – and *them* – non-members, other professionals who still have to learn about violence. Finally, the analysis shows how, in this interdisciplinary group, different types of professionals co-construct narratives of suffering. The fact that this group includes physicians, who have traditionally had the power to make decisions on their own, independently of other team members, might be associated with a change in the usual medical identity within contemporary organizations.

Key words: narrative, identity, interaction, health context, health care professional.

Introdução

Neste trabalho, examino as narrativas produzidas em reuniões de um grupo de trabalho interdisciplinar que oferece apoio a profissionais de saúde que lidam com crianças e adolescentes vítimas de violência. Analiso como a experiência do sofrimento é construída nessas narrativas, o que significa olhar para o modo como dúvidas, inseguranças e medos são apresentados e compartilhados na interação.

Ao se investigar a fala sobre o sofrimento do profissional de saúde, encontra-se um quadro bastante parti-

cular, pleno de conflitos e contradições. Estamos lidando, em primeiro lugar, com um conjunto de profissionais constituído por membros de diferentes especializações, atuações e posições de poder na organização hospitalar: enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, pesquisadores, entre outros. Embora de perspectivas bem diversas, e com diferentes níveis de proximidade, cada um desses profissionais se encontra, inevitavelmente, diante do sofrimento do paciente.

Susan Sontag, em *Diante da dor dos outros* (2003), fala sobre o horror contido na experiência de olhar imagens

de guerra, de massacres e mutilações. Sobre uma fotografia de um soldado com o rosto destroçado por tiros, nos diz:

Talvez, as únicas pessoas com direito a olhar imagens de sofrimento dessa ordem extrema sejam aquelas que poderiam ter feito algo para minorá-lo – digamos, os médicos do hospital militar onde a foto foi tirada – ou aquelas que poderiam aprender algo com a foto (Sontag, 2003, p. 38).

A reflexão de Sontag é centrada na relação do espectador com a imagem do sofrimento. Diferentemente do espectador da mídia, que recebe imagens de guerras, epidemias e desastres naturais, o profissional de saúde lida diretamente com a dor do outro, com seu corpo, sua fala, sua família, etc. Além disso, como diz Sontag, o profissional de saúde é quem pode/poderia fazer algo para minorar tal sofrimento.

A análise que se segue trata basicamente da fala sobre o sofrimento vivido no trabalho de profissionais de saúde. Especificamente, trata do que é vivido na relação com pacientes crianças e adolescentes vítimas de violência, o que, por si só, intensifica a dramaticidade do sofrimento. Observaremos, nas reuniões do grupo, como os participantes apresentam suas experiências de sofrimento, tanto através de breves relatos de episódios específicos, quanto através da co-construção de longos percursos de dor e violência. Esses percursos, que chamarei de trajetórias de sofrimento, são tipicamente co-construídos em reuniões de apresentação de caso; já as narrativas breves surgem em todos os tipos de reunião, nos mais diferentes momentos e oportunidades. É através desses dois tipos de relatos que o grupo compartilha sofrimento, construindo o envolvimento necessário para a criação e manutenção de sua coesão e identidade.

Narrativa e identidade

Segundo Polkinghorne (1988), ao juntar dois eventos num único episódio, construímos entre eles um nexo que aumenta a nossa compreensão sobre tais eventos. Para o autor, “a narrativa organiza eventos e ações humanas como um todo, atribuindo sentido a ações individuais e eventos de acordo com seus efeitos no todo” (Polkinghorne, 1988, p. 18). É assim que organizamos nossa experiência, ou, como sugere Bruner (1990), é assim que tornamos compreensível o que acontece em nossas vidas cotidianas. Essa organização de eventos e ações, ao serem

contadas e recontadas, em diferentes situações e com diferentes propósitos, passam a se constituir na memória do que ocorreu, favorecendo e cristalizando certos nexos em detrimento de outros.

A narrativa é, dessa forma, compreendida como a forma básica de organização da experiência humana. Além disso, contar histórias é uma ação, é fazer alguma coisa – ou muitas coisas simultaneamente – em uma determinada situação social. Uma dessas coisas é, necessariamente, a construção de nossas identidades. Ao criarmos cenários, personagens e seqüências de ações, nos posicionamos diante de tais cenários, personagens e ações, sinalizando quem somos. As narrativas são performances de identidade (cf. Mishler, 1999; Bastos 2004, 2005).

Para a análise de narrativa que se segue, será utilizada uma revisão crítica do modelo de Labov (Labov e Waletzky, 1967; Labov, 1972), integrada a uma abordagem interacional do discurso (Gumperz, 1982)¹. Serão usados termos do vocabulário laboviano tradicional, tais como narrativa mínima, orientação, ação complicadora, ponto e avaliação, embora a concepção de narrativa que orienta a análise não seja a canônica². Diferentemente de Labov, para quem a narrativa é uma recapitulação de experiências passadas, a compreensão de narrativa aqui é mais próxima do que Goffman chama de *replaying*:

Em resumo, falar costuma envolver o relato de um evento – passado, corrente, condicional ou futuro, contendo uma figura humana ou não – e esse relato não precisa ser, mas comumente é, apresentado como algo a ser re-experenciado, a ser saboreado, a ser elaborado, ou qualquer outra ação que o apresentador espera que seu pequeno show induza a audiência a experimentar (Goffman, 1974b, p. 506).

A narrativa é assim um pequeno show do falante, que envolve e emociona o ouvinte, e não um simples relatório de um evento. Para Goffman, o narrador se engaja em uma dramatização de sua experiência, organizando-a temporalmente, de sua perspectiva pessoal. É assim caracterizado o aspecto dramático da performance narrativa.

Narrativas – episódios e trajetórias de sofrimento e violência

Também importante para o presente estudo é o debate em curso, em torno de narrativas pequenas e grandes (Georgakopoulou, 2006; Georgakopoulou e Bamberg,

¹ Em uma perspectiva sócio-interacional, considera-se que falantes e ouvintes têm participação ativa na construção do discurso não apenas porque se alternam como falantes e ouvintes, mas porque são as contribuições de ambos que definem e sustentam o que está acontecendo, isto é, o tipo de evento em curso (uma aula ou uma consulta médica, por exemplo). Assim sendo, o sentido do que é dito é co-construído momento a momento, no aqui e agora da situação de fala.

² No modelo canônico laboviano, a narrativa se anuncia com um *sumário*, ao qual se segue uma *orientação*, que identifica tempo, lugar, cenário e personagens. À orientação segue-se a *ação complicadora*, constituída de uma seqüência de ações no passado, temporalmente ordenadas. A ação complicadora finaliza-se com uma *resolução*, e a *coda* marca a volta à conversação. Através da *avaliação*, que pode ocorrer a qualquer momento, o narrador sinaliza o ponto da narrativa, isto é, a razão de ser de seu relato. Para uma revisão mais detalhada desse modelo ver Bastos (2005).

2005; Freeman, 2006), que opõe o interesse por narrativas longas, tipicamente produzidas em situação de entrevista, ao interesse por narrativas breves, produzidas em torno de um evento específico, nas mais diferentes situações da vida social. Retomando Goffman mais uma vez, veremos que, para começar, essa discussão diz respeito ao que se qualifica como narrativa:

A recontagem de um incidente longo, por um narrador experiente, pode ser facilmente qualificada [como um *replay*], mas os lingüistas não têm reconhecido o caráter narrativo de histórias de uma sentença, contadas para pessoas no curso de atividades, por pessoas sem atenção especial do ouvinte. No entanto, se as histórias longas são exemplos de *replay* de experiências, também o são as bem pequenas (Goffman, 1974b, p. 504).

Diferentes tradições de pesquisa terão mais ou menos interesse em narrativas grandes ou pequenas, em função de suas questões e de seus objetivos. Em psicologia, o interesse freqüentemente se volta para entrevistas do tipo confessional, ou de auto-descoberta, nas quais os entrevistados abrem suas emoções em longos relatos, em que se analisam, por exemplo, a evolução do ‘eu’ ao longo do tempo. Nessas entrevistas, argumenta-se, é possível desenvolver e aprofundar reflexões a posteriori sobre a experiência vivida, que levam a percepções não atingíveis no fluxo de eventos presentes. Já em sociologia e antropologia, o interesse é tipicamente por histórias de vida, ou por trajetórias profissionais, religiosas, sexuais, etc. A identidade costuma ser uma questão central em todas essas áreas de pesquisas. Por outro lado, em tradições como a análise da conversa etnometodológica, a questão é como as histórias emergem na interação, como os participantes negociam espaço para seus relatos e como os turnos são organizados. Nesse cenário, o interesse se volta para pequenas histórias.

Há, no entanto, pesquisadores dessas diferentes tradições que buscam integrar à perspectiva interacional a questão da identidade, considerando a entrevista como um evento interacional, no qual histórias são contadas e identidades construídas (Mishler, 1986, 1999; Riessman, 2001; Baker, 2001). É essa a perspectiva deste trabalho; mantenho, no entanto, a distinção entre grandes e pequenas narrativas.

Com base nos dados em análise, considero que as narrativas grandes são as apresentações de caso sobre o trabalho dos profissionais de saúde com as vítimas de violência, em torno das quais as reuniões são organizadas. São as trajetórias de casos de violência na instituição, que incluem a relação dos profissionais com as vítimas de maus tratos.

Não vou lidar, portanto, com trajetórias construídas em entrevistas de pesquisa, mas sim em reuniões de trabalho³. Assim como nas entrevistas, nessas reuniões é oportunizada a fala sobre o acontecido, no curso da qual os participantes introduzem reflexões, emoções e sofrimento diante da experiência de trabalhar com vítimas de violência. A análise levará em consideração o fato de que, também como nas entrevistas, a fala nas reuniões favorece a emergência de um eu narrador pensado e ensaiado (ver Georgakopoulou, 2006, p. 128), que se posiciona diante do que aconteceu.

As narrativas pequenas são “histórias breves, com tópicos específicos, organizadas em torno de personagens, cenários e um enredo” (Riessman, 2001, p. 697). Nos dados em análise, algumas narrativas breves estão mais, e outras estão menos, próximas do descrito no modelo laboviano canônico. Elas podem ser curtas, ou muito curtas. Os participantes as introduzem durante a construção de grandes narrativas – as trajetórias de sofrimento –, assim como no curso de argumentações, exposições, brincadeiras, etc. Inspirada na proposta laboviana clássica, considere que o critério mínimo necessário para decidir se um determinado segmento de fala é (ou não) narrativa foi a presença de pelo menos dois eventos em seqüência temporal. Mas diferente do modelo laboviano, tais eventos não precisam estar necessariamente no passado, nem articulados sintaticamente em orações independentes, com verbos de ação no passado.

Sofrimento

Com base na pesquisa desenvolvida na área da antropologia médica, o sofrimento é aqui compreendido como uma experiência social. Para o psiquiatra e antropólogo Arthur Kleinman (Kleinman *et al.*, 1997), sofrimento social remete a um conjunto de problemas que têm origem nos males que forças sociais podem infringir à experiência humana. Inclui em sofrimento social condições que envolvem simultaneamente questões de saúde, religião, ética, direito, etc., tradicionalmente tratadas em áreas diferentes. Por exemplo, o trauma e a dor provocados por atrocidades políticas, econômicas e institucionais levam a problemas de saúde; no entanto, são também problemas políticos e culturais. Tradicionalmente, na visão da bio-medicina, condições como violência doméstica, violência urbana, abuso de drogas, suicídio, depressão, tuberculose, AIDS, traumas, etc. são vistas como problemas separados, individuais, e categorizados como psicológicos, médicos ou sociais. Para Kleinman, no entanto, o sofri-

³ No debate em curso entre pesquisadores de narrativas longas x breves, as narrativas longas produzidas em situação de entrevista têm sido duramente criticadas, vistas como material sem interesse para pesquisa, pois são atividades fabricadas e artificiais, que deslocam os indivíduos para fora do curso da vida real (Freeman, 2006; Bamberg, 2006). Esclareço que, embora não trabalhe aqui com entrevista de pesquisa, não compartilho dessa posição.

mento humano é ao mesmo tempo coletivo e individual, e as formas de experienciar a dor e o trauma são simultaneamente locais e globais. Além disso, o sofrimento social envolve também a resposta à dor, articulada em políticas de saúde nacionais ou internacionais. Nem sempre tais políticas conseguem atingir seus objetivos; ao contrário, com muita frequência acabam por funcionar no agravamento do sofrimento.

A reflexão de Kleinman inclui uma preocupação em não essencializar o sofrimento, salientando que não há uma única maneira de sofrer, assim como não há uma só maneira de perceber o sofrimento, mesmo no interior de uma dada comunidade. Há também a preocupação com a apropriação profissional do sofrimento: tanto com a patologização do sofrimento pela área médica, quanto com a transformação do sofrimento em utilitário (*commodity*) pela mídia, na qual a experiência é refeita, aparada e distorcida.

O sofrimento do profissional de saúde diante da dor do outro será então visto como um fenômeno que é social e interacionalmente construído. Acrescento, por fim, que para tratar da formulação do sofrimento nas narrativas dos participantes das reuniões, vou também lançar mão da noção de afeto (Ochs e Schieffelin, 1989) que, embora seja mais ampla que a de sofrimento, inclui uma proposta de como analisar discursivamente a presença da emoção e do sofrimento, através de indícios lingüístico-discursivos.

Contextualização dos dados e procedimentos metodológicos

O Grupo de Profissionais de Saúde (GPS) é um grupo de apoio a profissionais de saúde que lidam com crianças e adolescentes vítimas de maus tratos. Trata-se assim de um grupo com organização bem distinta de outros grupos multidisciplinares que trabalham com violência contra crianças: o GPS não lida com as vítimas, mas sim com profissionais que lidam com vítimas no contexto hospitalar. Do grupo participam profissionais de saúde de um hospital público do Rio de Janeiro, em reuniões que se realizam quinzenalmente, das 12h às 13h, em uma sala do ambulatório de adolescentes do hospital. São cerca de 10 participantes, entre médicos (pediatra, ginecologista), psicólogos, sociólogos, enfermeiros e assistentes sociais. O grupo é coordenado por uma médica pediatra, com forte atuação em associações médicas e em entidades de promoção dos direitos da criança e do adolescente. O grupo tem assim um caráter ‘militante’, que o diferencia dos grupos e comissões de natureza mais burocrática que proliferam em instituições de trabalho.

As reuniões do GPS foram observadas e gravadas numa pesquisa de natureza qualitativa, que integra e adapta elementos da observação etnográfica (cf. Erickson, 1996) com práticas da análise da conversação etnometodológica (cf. Hutchby e Wooffitt, 1998), das quais adaptamos e simplificamos as normas de transcrição (ver convenções

de transcrição em anexo). Os nomes de todos os participantes são fictícios, com exceção do meu próprio. A fase inicial da geração de dados, que durou cerca de 4 meses, incluiu reuniões de negociação e esclarecimentos com a coordenadora e a aproximação com o grupo. Nesse período frequentei as reuniões, sem tomar notas ou gravá-las. A seguir, por um período de 12 meses, observei e gravei 11 reuniões, nas quais atuei basicamente como observadora (não participante, no sentido mais estrito). A observação incluiu notas de campo, coleta de materiais e de documentações diversas relativas ao grupo. Assisti a um curso de conscientização sobre violência, oferecido pelo grupo, para profissionais de saúde do Município do Rio de Janeiro. Na medida do necessário, foram feitas consultas informais com os participantes das reuniões, para esclarecimentos e obtenção de informações técnicas importantes para a interpretação dos dados.

A análise nos mostra que há dois tipos básicos de reuniões do GPS: (i) reuniões de apresentação de caso, nas quais são construídas as trajetórias de sofrimento; (ii) reuniões de planejamento de ações (cursos, divulgação de documentos, participações em outros fóruns, etc.), nas quais narrativas breves são tipicamente contadas. Para esse estudo, foram selecionadas duas reuniões, uma de planejamento, na qual se discutiu a elaboração de um fluxograma com orientações sobre o encaminhamento de casos de vítimas de violência; e outra de apresentação de caso, na qual se discutiu o caso de um rapaz de 16 anos, a quem chamaremos de Lucas, que queria ser jogador de futebol e se envolveu com drogas. Tanto as narrativas breves – os episódios de sofrimento –, quanto as longas – as trajetórias de sofrimento – foram analisadas em uma perspectiva interacional.

Episódios de sofrimento

Os episódios de sofrimento que se seguem ocorreram em uma reunião do tipo planejamento de ações, que tratou da elaboração de um fluxograma, a ser impresso em folhetos e cartazes, e distribuído no hospital no qual o GPS atua. O objetivo do fluxograma era informar os profissionais de saúde do hospital sobre como proceder no caso de suspeitas de maus tratos contra os pacientes crianças e adolescentes.

A narrativa (1), abaixo, foi contada em uma fase de pré-reunião. A narradora, Rute, que coordena o grupo, introduz seu breve relato imediatamente antes de iniciar, oficialmente, a reunião:

(1) “hoje foi brabo”

Rute eh::: não, é menino demais da conta, nossa ... hoje foi brabo. tava dizendo pra Lili que as duas famílias que tiveram ontem aqui me- eu sei que hoje de noite eu vou pensar, eu tenho horror quando eu vou pra cama () mas, enfim olha só gente, eh::: a primeira coisa da pauta de hoje ...

Trata-se de uma história de experiência pessoal, na qual Rute vincula seu sofrimento ao sofrimento do outro, introduzindo e ordenando os seguintes eventos: (i) relato à pesquisadora (Lili) sobre atendimentos a duas famílias; (ii) previsão de dificuldade de dormir à noite. Em sua narrativa, Rute constrói um nexos entre esses eventos do passado recente com o futuro próximo⁴.

Além da articulação entre eventos, o sofrimento da narradora é construído com a forte presença de recursos de avaliação. A narrativa é prefaciada com “hoje foi brabo”, que enquadra o que será dito e sinaliza como o ouvinte deverá interpretar o que virá. O fechamento da narrativa também se faz com uma avaliação: “eu tenho horror quando eu vou pra cama”. Breves e fortes referências como essa ao sofrimento, encaixadas em atividades de trabalho, parecem funcionar como pequenos rituais de referência ao sofrimento característico da atividade do profissional de saúde. Com inspiração em Goffman (2002 [1981]), chamarei tais construções de sofrimento ritual, uma vez que, como observa o autor em relação a procedimentos rituais, elas “adquirem um papel comunicativo especializado no fluxo do comportamento, que é observado e fornecido em conexão com a exposição de nosso alinhamento aos eventos em curso” (Goffman, 2002 [1981], p. 2). No caso do exemplo (1), esse sofrimento ritual é encaixado na pré-reunião, que, como observa Goffman (2002 [1981], p. 110), é um momento favorável à ocorrência de fala sobre a “relação global dos envolvidos e ao que cada um considera duradouro e importante para o outro (saúde, família, etc.)”. No fechamento dessa mesma reunião, como justificativa por não ter terminado o desenho do fluxograma, a coordenadora introduz a seguinte narrativa:

(2) “eu quase me despedi desta para outra”
 Rute = eu pensei em separar, fazer isso ontem de tarde, mas eu digo d- depois de janeiro em que eu quase me despedi desta para outra eu nunca mais e não me a[rrisco mais]
 Pedro [isso também não?] isso aqui?
 Mara [ué:: que aconteceu contigo?
 Rute isso- em janeiro eu não tive aquela doença grave, ... fiquei coberta de placas de: () então, interna, não interna interna não [interna ... então vamos va-]
 Mara [essa bolota]
 também?

Temos, novamente, uma breve narrativa não canônica, com forte dramatização, indiciada, entre outras coisas, pela seqüência de ações dramáticas: Rute esteve se-

riamente doente e quase foi internada. Como consequência, ela não se arrisca mais a trabalhar tanto. Nessa narrativa, o sofrimento (no caso o adoecimento da narradora) não está ligado a um caso específico de violência, mas à qualidade e quantidade do trabalho em geral.

As narrativas breves de Rute parecem ser introduzidas na fala das reuniões para remeter ao sofrimento pessoal relacionado ao trabalho, quase que como lembretes do sofrimento causado pela atividade profissional, sem que ela solicite, ou receba, ratificação ou avaliações de concordância, ou discordância, dos outros participantes. Além desse tipo de narrativa, na reunião em análise, os participantes também contam histórias de sofrimento ligadas ao exercício de atividades profissionais, tais como ter dúvidas, ter que tomar decisões, saber das consequências de suas decisões. Muitas dessas narrativas emergem em argumentações, em defesa de posições, ou como evidências de teses.

A narrativa de (3) abaixo é contada por Norma, uma médica ginecologista, em defesa de seu ponto de vista, de que os profissionais de saúde do hospital devem poder procurar os membros do GPS individualmente, quando em dúvida sobre procedimentos em relação à violência contra crianças. A história de Norma é sobre uma dermatologista que a procurou para discutir suas dúvidas relativas a um caso de abuso sexual.

(3) “a Tânia Maria da dermato teve um problema”
 Norma Ana Maria a: Tânia Maria da dermato teve um problema ... dela achar que ela, tava suspeitando de maus tratos. ... ela veio a mim na gineco eu achei que era maus tratos, eu achei que era um abuso sexu[al]
 Pedro [ã:: rã::
 Norma aí ela ficou ... naquela. “ah mas a família não pode, parecendo que é abuso não mas, omé que eu vou fazer isso, eu vou constringer a família, a família tá toda alarma:da, fica-” ...nesse momento eu acho que o GPS serve para chegar e mostrar pra ela “olha-“
 Pedro NÃ:o eu ... eu até te entendo teoricamente entendendo

Trata-se de uma narrativa mais canônica do que as de (1) e (2), na qual podemos identificar uma seqüência de ações no passado: (i) “a Tânia Maria da dermato teve um problema ...”; (ii) “ela veio a mim ...”; (iii) “aí ela ficou ...”. Em (iii), através de diálogo construído (cf. Tannen, 1989), Norma introduz o sofrimento (a dúvida) da dermatologista e o sofrimento da família atendida, face a um caso de abuso sexual. É dessa forma que Norma fala do sofrimento do

⁴ Georgakopoulou (2006) observa que as narrativas breves costumam ser sobre o passado recente ou o futuro próximo. A presente narrativa seqüencia os dois tempos.

outro, em relação ao qual se posiciona como membro do GPS. Nesse movimento, reforça a função do grupo e sua identidade

Em (4) abaixo, Norma fala das dúvidas dos próprios membros do GPS. Após a introdução de um sumário tipicamente laboviano (“e tem aquela sua própria dúvida”), Norma diz que “eles”, os outros profissionais de saúde do hospital que não são membros do GPS, podem procurar o grupo e o grupo não saber resolver o problema apresentado.

(4) “e tem aquela sua própria dúvida”

Norma e TEM ... a::quela sua própria dúvida ... eles não têm aqui uma referência pra eles chegarem e dizerem “não, eu vou levá-la para o caso de poder discutir que de repente eles podem me dizer ‘não você tá com uma falsa impressão não é nada disso’ ou ‘como é que eu vou notificar uma coisa que não tenho certeza?’”

Também essa narrativa, ao falar do compartilhamento de dúvidas e incertezas, funciona na construção da coerência do grupo.

A narrativa de (5), a seguir, é contada por Júlia, uma pediatra, que fala sobre um artigo que ela leu, escrito por uma profissional de saúde de prestígio. O referido artigo continha muitos erros relativos a procedimentos a ser tomados em caso de abuso sexual. Júlia conta essa história em defesa de sua tese de que o fluxograma em discussão na reunião deve conter as informações mais óbvias:

(5) “o básico, o muito óbvio”

Mara [ah Rute, se não descer especificidade, a gente vai falar o-o-o básico, o muito óbvio

Rute mas é isso que a gente precisa fazer com esse povo=

Júlia =mas você sabe o o sabe assim que que eu acho que isso é válido lidar com profissionais. eu:: peguei um texto, de uma profissional da- profissional é: assim, sabendo o que tá acontecendo na atualidade, liGAda a políticas públicas, e que peguei o texto dela e vi tinha assim ERROS de chegar estupro, encaminhar para o boletim para a ocorrência policial. ver médico LEGAL. [é: avisar a família=

Rute [quer dizer essa informação –

Júlia =para procurar o conselho tutelar. sabe, coisas assim que a gente. não! dessa pessoa, que se fosse outra, ela é uma pessoa que eu esperaria estar sabendo das coisas.

O “pequeno drama” de Júlia, como diria Goffman (1974a, 1974b), é focado na construção dramática da profissional reconhecida que cometeu muitos erros ao falar

sobre procedimentos a serem seguidos em casos de abuso sexual. Trata-se de uma profissional bem informada e interessada em políticas públicas de saúde, mas que, ao desconhecer os procedimentos adequados, pode contribuir para aumentar o sofrimento da criança vítima de abuso sexual. O GPS, de acordo com a orientação das políticas públicas atuais, considera que o encaminhamento de uma criança abusada diretamente para a polícia, para exame de corpo delicto, aumenta o sofrimento da criança. O atendimento deve oferecer, antes de tudo, apoio emocional e físico. Observe-se que a história de Júlia também funciona estabelecendo conexões e conhecimentos entre os membros do grupo, em oposição aos que não participam do grupo.

Nos fragmentos de (1) a (5), há exemplos de episódios de sofrimento, isto é, narrativas breves que funcionam na construção do sofrimento. As de sofrimento ritual topicalizam o sofrimento pessoal, em narrativas muito breves e lacônicas. A força dramática é construída, entre outras coisas, através de avaliações. As narrativas argumentativas são apresentadas como evidência de uma tese, apresentando o sofrimento vinculado a atividades do profissional de saúde em seqüências narrativas mais canônicas.

Trajetórias de sofrimento

Como acima mencionado, neste trabalho, as narrativas longas remetem aos casos sobre o trabalho dos profissionais de saúde com vítimas de violência, em torno dos quais as reuniões são organizadas. Nessas reuniões, são co-construídas longas narrativas, que estabelecem trajetórias de sofrimento. A narração dos casos nas reuniões inclui, entre outros, os seguintes movimentos discursivos: (i) a re-contextualização de um episódio de violência central; (ii) longas seqüências de ações relativas ao andamento institucional do caso, ou seja, da relação dos profissionais de saúde com a vítima de violência, os procedimentos burocráticos envolvidos; (iii) longas sessões de avaliação, sobre a “justiça ou injustiça” da situação (cf. Goffman, 1974b, p. 503); (iv) discussão de ações futuras.

Também como acima mencionado, a apresentação de caso aqui em análise é sobre Lucas, um rapaz de 16 anos, envolvido com drogas, que queria ser jogador de futebol e morreu num tiroteio com a polícia, durante um assalto. Lucas e seus pais tinham estado no hospital pouco antes de sua morte, solicitando um atestado de saúde, necessário para a matrícula em uma escolinha de futebol. A história de Lucas é, por um lado, um pouco diferente das outras discutidas nas reuniões, por não se tratar de problemas relacionados com pacientes vítimas (ou possíveis vítimas) de abuso sexual ou de espancamento, que os membros do GPS costumam debater. A aproximação de Lucas com o hospital se fez por uma motivação diferente, mas provocou questionamentos muito semelhantes aos

de outros casos, como, por exemplo, o encaminhamento (ou não) para o Conselho Tutelar. Acrescente-se que, ao inserir o caso de Lucas em suas discussões, o GPS mostra que inclui a dimensão mais ampla da violência social em sua percepção da questão (ver Kleinman *et al.*, 1997, acima citado).

O caso de Lucas foi apresentado por duas profissionais de saúde que o atenderam no hospital: Vivian, assistente social, e Júlia, pediatra especialista em adolescente e participante ativa do GPS. A passagem abaixo ocorreu no início da reunião, quando eu não havia ainda compreendido que Lucas tinha morrido:

(6) “levou dois tiros”

Liliana qual é a comunidade, o lugar?

Júlia ISSO que eu não [me lembro]

Vivian [ele já havia sido-]

Liliana não, que lugar que ele mora?

Rute morava

Vivian Madureira

Liliana é só pra saber se é [zona sul.... favela

Júlia [Esse menino é o seguinte, ... envolvido em um assalto, final do ano... teve um assalto... levou dois tiros () da polícia ... e morreu. [e aí]

Norma [ele era] o assaltante?

Júlia era o assaltante.

A narrativa da morte de Lucas é muito rápida, e se refere a três ações em ordenação temporal: Lucas se envolveu em um assalto, ele levou dois tiros da polícia e morreu. Júlia constrói uma versão factual do ocorrido, com pouca orientação e pouca avaliação. Esse é o único relato do assalto, dos tiros e da morte do rapaz na reunião.

Esse evento dramático é central na narrativa desenvolvida na reunião, que trata da relação do rapaz com a instituição. Essa relação se inicia muitos anos antes, quando a mãe de Lucas teve outros filhos no hospital, e conquistou o carinho de muitos profissionais por seu bom humor.

No exemplo (7) a seguir, temos a continuação da fala de Júlia no turno em que informa que Lucas era assaltante. É uma fala importante na construção da trajetória de violência e sofrimento da reunião, que é formulada, como veremos, com muitas interrupções e introdução de diferentes tópicos e de diferentes teses.

(7)

Julia era o assaltante. e o que aí eu tinha conversado com a Vivian, a gente conversou, pra entender o porquê dessa () né, mas era da gente refletir,... assim,... de que a gente não consegue, o setor saúde tem assim algumas coisas, que às vezes a gente fica tentando dar conta, e que na

minha avaliação, a gente NÃO DÁ. quer dizer , a gente não ... é... ALIANÇA ... é porque o conselho tutelar porque ele ainda é muito, a gente tem poucas respostas no retorno do conselho tutelar AINDA é muito inciPIENTE, porque tá começando, é criança, eu diria que é... uma criança ainda, né, eu tenho muito pouco tempo. aí a gente fica com dificuldade de mandar. mas a gente tem que dividir responsabilidade. eu não sei se o conselho podia evitar a morte desse menino, mas o CONselho TÁ ALI junto com a gente tomando uma providência... e que a gente não tá perto da casa dele, a gente não se dá conta... então, era assim, pra gente tá aqui ... trazendo esse caso assim, meio embemático, né, que até a, a própria Vivian que no início, depois a gente reavaliando, provavelmente ninguém iria evitar a morte do Lucas. mas é pra gente tá DIVIDINDO... porque de alguma forma a gente ... assim, estamos sozinhas nessa responsabilidade, né? porque a gente não dividiu com vocês. e que seria o órgão melhor pra tá dividindo isso. eu acho, porque não tinha uma questão do setor saúde. não tem nada. enten- saúde, a não ser a saúde da forma amplíssima que ela é entendida, né, mas ele não ‘↑ tem nenhuma> justificativa pra ser atendido nesse hospital, tem que pegar um atestado, jogando bola.

Com essa fala, Júlia inicia sua avaliação do que aconteceu. Essa avaliação se faz com base na apresentação de algumas informações, assim como na introdução de algumas convicções e pontos de vista, que ela apresenta e defende. Podemos identificar em sua fala os seguintes pontos: (i) ela e a assistente social, Vivian, deveriam ter notificado o caso ao Conselho Tutelar, o que elas não fizeram; (ii) ela aceita que é difícil, para os profissionais de saúde, notificar casos ao Conselho Tutelar, pois o Conselho não goza da confiança dos profissionais, por não ser eficiente. Júlia justifica a não eficiência do Conselho com seu pouco tempo de existência; (iii) os profissionais de saúde não devem tentar fazer coisas além de suas possibilidades (como Vivian tentou resolver pessoalmente a matrícula de Lucas em uma outra escola de futebol); (iv) Júlia e Vivian querem compartilhar a experiência com o grupo; (v) Lucas teria morrido de qualquer forma.

A construção da trajetória de Lucas na instituição está marcada pelo sofrimento das duas profissionais que lidaram com ele. Enquanto podemos entender a intensidade, desorganização tópica e seqüencial da fala de Júlia como índices de afeto (Ochs e Schieffelin, 1989), ou seja, de seu sofrimento em relação ao caso, Vivian, como veremos no exemplo a seguir, é bastante direta:

(8) “mas a gente também teve culpa”

Vivian mas a gente também teve culpa. [eu, pelo menino,] eu tive muita culpa.

Pedro [NÃO mas]

Júlia mas é uma pena, quem tem que fazer isso é o Conselho. O Conselho saberia isso tudo ((se o menino tinha traficando drogas na escola))

Pedro ENTÃO, mas pra –

Vivian se a notificação fosse =

Rute então hoje, hoje.

Vivian = até pra averiguar ... a questão da averiguação mesmo

Rute o que eu queria hoje, assim, pra fechar o caso, que infelizmente ele está morto... então acabou. mas eu queria perguntar pra vocês se não ... seria adequado, correto mesmo a gente não dar o assunto por encerrado, mesmo com a morte dele, e a gente fazer chegar à escola é... que aconteceu não culpabilizando a escola pela morte dele, claro que não, mas QUESTIONANDO o fato de que o um menino foi EXPULSO da escola por ter sido pego traficando dentro [ou vendendo drogas], seja lá

Pedro [eu acho que não]

Após a declaração de culpa de Vivian, Rute faz uma primeira tentativa de fechar o caso (e de tratar de outras questões ainda na reunião), fazendo uma proposta de questionar a conduta da escola (da qual o rapaz tinha sido expulso) em relação ao ocorrido. A fala sobre o caso continua, com a discordância de Pedro (membro do GPS, antropólogo e pesquisador na área de saúde) em relação à proposta de Rute, que gera uma longa discussão sobre as responsabilidades e ações da escola e do hospital. É no curso dessa discussão que Júlia diz:

(9) “avalei mal, avalei mal”

Júlia avalei mal, avalei mal

Pedro AGORA, assim como eles vão fazer esse papel pedagógico com a escola, deveriam fazer esse papel pedagógico com a gente.

Júlia a gente tá fazendo, Pedro.

Pedro tá na mesma proporção.

Júlia NÃO, Pedro. Não acho, a gente está fazendo.

Pedro eu acho que está na mesma proporção.

Júlia NÃO.

Rute e nós não estamos fazendo isso?

A avaliação da trajetória de Lucas na instituição, pelos profissionais de saúde do grupo, é, como vemos, bastante insatisfatória. Na fala do exemplo (9) acima, não há concordância em relação ao caráter da própria reflexão em curso. Em uma fase de pré-fechamento, a coordenadora Rute introduz uma coda de caráter moral:

(10) “infelizmente Lucas morreu”

Rute Eu acho que infelizmente o Lucas morreu mas isso, esse caso é absolutamente VIVO em ensinamentos pra nós todos, é.

A discussão continua, no entanto, por ainda alguns minutos, quando são reintroduzidas, mais uma vez, as questões da conduta da escola, do hospital e da falha na notificação ao Conselho Tutelar.

No curso da reunião, foi co-construída uma trajetória de sofrimento em torno do drama de Lucas. Em uma fala inicial, Júlia introduz a informação de que o contato com a mãe de Lucas se estabeleceu quando ela teve outros filhos no hospital. Outra etapa, também já mencionada, é a do atendimento a Lucas e sua família, pois eles haviam procurado o hospital para obter um atestado de saúde, exigido para seu ingresso em uma ‘escolinha’ de futebol. Nesse atendimento é que os profissionais que o atenderam se inteiram sobre o seu envolvimento com drogas e a expulsão da escola onde estudava. A pediatra condiciona a emissão do certificado à volta de Lucas à escola. Segue-se o esforço da assistente social para obter a matrícula de Lucas em uma outra escolinha de futebol. As profissionais que o atenderam discutem sobre a notificação, ou não, do caso ao Conselho Tutelar. Cerca de 10 dias depois, Lucas morre no tiroteio com a polícia. A discussão do caso na reunião é centrada na avaliação da conduta das profissionais diante do drama. Compreende-se, assim, a intensidade do sofrimento construído pelos participantes, em torno de suas dúvidas, incertezas e culpas.

Considerações finais

Acredito ter mostrado que a análise de narrativa nos permite compreender muito do que acontece em interações de trabalho. Especificamente, neste estudo, ela nos permitiu identificar diferentes tipos de reunião, a partir da observação da natureza das narrativas produzidas. A distinção entre pequenas e grandes narrativas, que aqui vimos como a distinção entre episódios e trajetórias, se mostrou bastante produtiva para compreender a natureza da ação desenvolvida nas reuniões. Vimos que, nas reuniões de planejamento de atividades, os episódios narrativos são introduzidos ou para remeter ritualmente ao sofrimento gerado pelo trabalho, ou como evidências (que topicalizam o sofrimento na atividade de trabalho) em falas persuasivas. Nas reuniões de apresentação de caso, são co-construídas trajetórias de sofrimento, que, em uma atividade de reflexão pós-fato, topicaliza o sofrimento do outro (do paciente), ao mesmo tempo que sinaliza o sofrimento do profissional de saúde diante desse outro, e do trabalho com o outro.

Vimos também que nas reuniões do GPS a construção do sofrimento funciona na coesão e identidade do grupo. Há um movimento *nós x eles*, no qual os *nós* (os

membros do GPS) se posicionam como diferentes e melhores que os outros (os não membros), no sentido de que são mais sensíveis a questões de violência, mais informados e capazes de agir mais eficientemente do que os outros. Por outro lado, a existência e manutenção do grupo também podem ser atribuídas à sua potencialidade de funcionar como locus de narração, isto é, como um lugar no qual os indivíduos se reúnem para compartilhar suas histórias. Ao contar essas histórias, ao socializar a experiência individual, o grupo se constituiu inclusive como um lugar de ação social e política (cf. Boltanski, 1999).

Gostaria, por fim, de incluir uma última observação. Tradicionalmente, em estudos das ciências humanas e sociais voltados para a questão da saúde, o foco tem sido no sofrimento do paciente e não no do profissional de saúde. A voz do paciente, de fato, é a que precisa ser ouvida e que tem menos poder, sobretudo na interação com o médico, profissional que inegavelmente detém a hegemonia no cenário da saúde. Considero importante, no entanto, que, para compreender em toda sua complexidade o que acontece nesse contexto, seja também ouvida a voz do profissional de saúde. Esse profissional também lida com as angústias próprias do trabalhador contemporâneo, tais como a frustração de não ver a recompensa material, afetiva, social e política do esforço do trabalho realizado (cf. Dejours, 2001 [1998]). Nesse sentido, considero interessante ver como em um grupo de profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, etc. compartilham e co-constroem histórias de dor e sofrimento. Na organização hospitalar pós-burocrática (Iedema, 2003), na qual os profissionais de saúde atuam em equipes multidisciplinares, está sendo oferecida aos médicos, tradicionais detentores do poder na hierarquia profissional, a possibilidade de co-constituir narrativas de sofrimento. Tal fato, entre outros, está certamente associado às muitas transformações na identidade e na hegemonia do médico na organização contemporânea.

Referências

- BAMBERG, M. 2006. Stories: Big or Small. Why do we care? *Narrative Inquiry*, **16**:139-47.
- BASTOS, L.C. 2004. Narrativa e vida cotidiana. *SCRIPTA*, **14**(7):118-127.
- BASTOS, L.C. 2005. Contando estórias em contextos espontâneos e institucionais – uma introdução ao estudo da narrativa. *Calidoscópico*, **3**(2):74-87.
- BAKER, C. 2001. Ethnomethodological analysis of interviews. In: F.GUBRIUM; J.A.HOLSTEIN (orgs.), *The handbook of interview research*. Thousand Oaks, SAGE, p. 777-795.
- BOLTANSKI, L. 1999. *Distant Suffering. Morality, Media and Politics*. Cambridge, Cambridge University Press, 246 p.
- BRUNER, J. 1990. *Acts of meaning*. Cambridge, Harvard University Press, 181 p.
- FREEMAN, M. 2006. Life “on holiday”? In defense of big stories. *Narrative Inquiry*, **16**(1):131-138.
- DEJOURS, C. 2001[1998]. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro, FGV, 158 p.

- ERICKSON, F. 1996. Ethnographic microanalysis. In: S. MCKAY; N. HORNBERGER (orgs.), *Sociolinguistics and Language Teaching*. Cambridge, Cambridge University Press, p. 283-306.
- GEORGAKOPOULOU, A. 2006. Thinking big with small stories in narrative and identity analysis. *Narrative Inquiry*, **16**:122-130.
- GEORGAKOPOULOU, A.; BAMBERG, M. 2005. Small is beautiful: small stories as a new perspective in narrative analysis. In: INTERNATIONAL PRAGMATIC ASSOCIATION CONFERENCE, 9, Riva del Gardia, 2005. *Anais...* Riva del Gardia.
- GOFFMAN, E. 1974a. Introduction. In: E. GOFFMAN, *Frame Analysis*. Boston, Northeastern University Press, p. 1-20.
- GOFFMAN, E. 1974b. The frame analysis of talk. In: E. GOFFMAN, *Frame Analysis*. Boston, Northeastern University Press, p. 496-559.
- GOFFMAN, E. 2002 [1981]. Footing. In: B.T. RIBEIRO; P.M. GARCES (orgs.), *Sociolingüística Interacional*. 2ª ed., São Paulo, Loyola, p. 107-148.
- GUMPERZ, J. 1982. *Discourse Strategies*. Cambridge, Cambridge University Press, 225 p.
- HUTCHBY, I.; WOOFFITT, R. 1998. *Conversation Analysis*. Cambridge UK, Polity, 273 p.
- IEDEMA, R. 2003. *Discourses of post-bureaucratic organization*. Amsterdam, John Benjamins, 234 p.
- KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. 1997. Introduction. In: A. KLEINMAN; V. DAS; M. LOCK (orgs.), *Social Suffering*. Berkeley, University of California Press, p. ix-xxvii.
- LABOV, W. 1972. The transformation of experience in narrative syntax. In: W. LABOV, *Language in the inner city*. Philadelphia, University of Philadelphia Press, p. 354-395.
- LABOV, W.; WALETZKY, J. 1967. Narrative Analysis: oral versions of personal experience. In: J.HELM (org), *Essays on the verbal and visual arts*. Seattle, University of Washington Press, p. 12-44.
- MISHLER, E. 1986. *Research Interviewing. Context and narrative*. Cambridge, Harvard University Press, 189 p.
- MISHLER, E. 1999. *Storylines. Craftartists' Narratives of Identity*. Cambridge, Harvard University Press, 180 p.
- OCHS, E.; SHIEFFELIN, B. 1989. Language has a heart. *Text*, **9**(1):7-25.
- POLKINGHORNE, D.E. 1988. *Narrative Knowing and the Human Sciences*. Albany, State University of New York Press, 232 p.
- RIESSMAN, C.K. 2001. Analysis of personal narratives. In: F.J. GUBRIUM; J.A. HOLSTEIN (orgs.), *The handbook of interview research*. Oaks, SAGE, p. 695-710.
- TANNEN, D. 1989. *Talking voices. Repetition, dialogue and imagery in conversational discourse*. Cambridge, Cambridge University Press, 240 p.
- SONTAG, S. 2003. *Diante da dor dos outros*. São Paulo, Companhia das Letras, 107 p.

Submetido em: 24/05/2008

Aceito em: 15/07/2008

Liliana Cabral Bastos

Programa de Pós-Graduação, PUC-Rio
Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Anexo**Convenções de Transcrição**

...	pausa não medida
.	entonação descendente ou final de elocução
?	entonação ascendente
,	entonação de continuidade
-	parada súbita
=	elocuições contíguas, enunciadas sem pausa entre elas
sublinhado	ênfase
MAIÚSCULA	fala em voz alta ou muita ênfase
: ou ::	alongamentos
[início de sobreposição de falas
]	final de sobreposição de falas
()	fala não compreendida
(palavra)	fala duvidosa
(())	comentário do analista, descrição de atividade não verbal
“palavra”	fala relatada