

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

Izabella dos Santos Martins

**Construção e representação de realidades no discurso de falantes com  
esquizofrenia: uma abordagem sistêmico-funcional**

DOUTORADO EM LINGÜÍSTICA APLICADA E ESTUDOS DA LINGUAGEM

SÃO PAULO  
2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP

Izabella dos Santos Martins

DOCTORADO EM LINGÜÍSTICA APLICADA E ESTUDOS DA LINGUAGEM

**Construção e representação de realidades no discurso de falantes com  
esquizofrenia: uma abordagem sistêmico-funcional**

Tese apresentada à Banca Examinadora como  
exigência parcial para obtenção do título de Doutor  
em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem  
pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,  
sob a orientação da Profa. Doutora Leila Barbara

SÃO PAULO  
2008

**Banca Examinadora**

---

---

---

---

---

***Para minha mãe***  
*A maior psiquiatra do mundo*

## **Agradecimentos**

*A Deus, fonte de toda a inspiração e de toda a transpiração;*

*À Egrégora Rosacruz, presença etérea e eterna, sempre irradiando luz, conforto e energia;*

*Ao CNPq, pela bolsa de doutorado concedida para a realização da pesquisa;*

*À Leila, orientadora da pesquisa, pela acolhida, pela generosidade, pela confiança, pela sagacidade, pelo modelo de retidão profissional e pessoal, pelos puxões de orelha, pelo talento extraordinário para orientar pesquisas e iluminar vidas;*

*Aos colaboradores da pesquisa – entrevistadores e pacientes – pela grandeza da sua ação;*

*À minha filha, Sofia, pela paciência, pelo amor, pelo respeito, pela compreensão, pela delicadeza. Por termos vencido juntas mais esta etapa. Por sua presença iluminada na minha vida, que me desperta as melhores ações e os melhores sentimentos;*

*À minha mãe, Irene, que não tenho certeza estar certa do tamanho da minha admiração por tudo que é, faz e acredita. Por ser responsável por ter despertado em mim o maior respeito pela diferença; pelo investimento constante em minha formação intelectual. Pelo seu trabalho, inspiração onipresente para a realização desta tese;*

*A meu pai, Antônio Eduardo, exemplo absoluto de garra, coragem e determinação. Por ter me mostrado que, com vontade, é possível superar todas as dificuldades. Pelo entusiasmo e pela poesia. Pelo estímulo, alegria e vibração com as minhas*

*conquistas. Por dar asas aos meus sonhos. Pelas melhores palavras ditas nos piores momentos;*

*A Sergio, meu noivo, pelo amor, pelo companheirismo, pelo comprometimento, pela disponibilidade, pelo apoio incondicional. Pela presença firme, lúcida, generosa e grandiosa na minha vida. Por me dar chão firme para a aterrissagem, e por forrá-lo de flores;*

*Às minhas irmãs, Tatiana, Letícia e Rachel, e à tia Bulú, pela disponibilidade desinteressada e generosa, que tanto ajudou a diminuir minha aflição com as questões logísticas nos dias em que precisei estar fora de casa;*

*Aos meus colegas de orientação que, às vezes sem perceber, dividiram comigo o peso da minha bagagem, fazendo bem mais leve a minha jornada;*

*Às minhas amigas Marisol e Jordana, pela acolhida sempre calorosa em São Paulo e pela força e carinho oferecidos nos momentos mais difíceis;*

*À Heloisa, Tony e Célia, pelos conselhos valiosos e críticas às vezes severas durante os exames de qualificação; por induzirem e praticarem o exercício da humildade, tão necessário e tão urgente entre seus pares;*

*À Lucinha e Márcia Martins, funcionárias do LAEL, pela generosidade e pela eficiência;*

*A todos que, direta ou indiretamente, consciente ou inconscientemente, e das mais diversas maneiras, ajudaram a viabilizar a realização desta tese.*

## RESUMO

Esta tese, que se insere na área de estudos sobre linguagem e esquizofrenia, objetiva analisar a representação da realidade no discurso de pacientes diagnosticados como portadores de esquizofrenia. Para tanto, é utilizado o referencial teórico-metodológico da Lingüística Sistêmico-Funcional e da Lingüística de Corpus. O corpus da pesquisa é constituído pela transcrição de 12 consultas psiquiátricas realizadas em clínicas particulares e em unidades públicas de saúde mental, com 12 pacientes portadores de esquizofrenia. A pergunta geral da pesquisa é: quais os padrões de representação da realidade expressos no discurso dos pacientes? Para respondê-la, analiso a metafunção ideacional (Halliday, 1994), focando nos processos escolhidos pelos falantes com esquizofrenia para a representação dos acontecimentos – tanto do mundo exterior quanto os do mundo interior. Assim, a pesquisa aborda o discurso dos pacientes em termos de padrões léxico-gramaticais e de padrões semântico-discursivos. Os resultados evidenciam uma tendência de uso muito freqüente de operadores de polaridade negativa e elementos modalizadores, bem como de atribuição de características negativas tanto a si próprios quanto às entidades, lugares, objetos e pessoas em geral. O relato de acontecimentos negativos também foi constante. A projeção de uma identidade investida de poder também pôde ser percebida em alguns momentos de seu discurso, que puderam ser mais claramente identificáveis como instâncias delirantes.

Palavras-chave: discurso; schizophrenic speakers; esquizofrenia; lingüística de corpus; lingüística sistêmico-funcional; transitividade

## **ABSTRACT**

This thesis aims to analyze the representation of reality in the discourse of patients diagnosed as schizophrenics. To do this, the theoretical-methodological approach of Systemic- Functional Linguistics and Corpus Linguistics has been taken on board. The corpus consists of the transcriptions of 12 psychiatric interviews, with 12 schizophrenic patients, that took place in private and public centers of mental health. The general question is: what are the representational patterns of reality suggested by the discourse of the patients? To answer it, I analyze the ideational metafunction (Halliday, 1994), focusing on the processes elected by the schizophrenic speakers to represent the ongoing events of the external and the internal world. So, the research approaches the patients' discourse in terms of lexico-grammatical and discourse-semantic patterns. Results show frequent occurrence of negative polarity operators and modalizations. The attribution of negative features to themselves and to entities, places, things and people, the recount of negative events, as well as Instances of the projection of an empowered identity, which can be identifiable as signs of delusion.

**Keywords:** discourse; schizophrenic speakers; corpus linguistics; systemic-functional linguistics; transitivity

# SUMÁRIO

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Introdução .....                                                       | 1  |
| 1) Fundamentação Teórica .....                                         | 14 |
| 1.1) Um pouco de história .....                                        | 15 |
| 1.2) A esquizofrenia na Psicopatologia .....                           | 25 |
| 1.3) A linguagem na esquizofrenia .....                                | 39 |
| 1.4) A escola firthiana .....                                          | 49 |
| 1.5) A Linguística Sistemico-Funcional .....                           | 51 |
| 1.5.1) A metafunção ideacional e o sistema da transitividade .....     | 56 |
| 1.5.1.1) As circunstâncias .....                                       | 58 |
| 1.5.1.2) Os processos e os participantes .....                         | 59 |
| 1.5.1.2.1) Processos e participantes em orações materiais .....        | 61 |
| 1.5.1.2.2) Processos e participantes em orações relacionais .....      | 62 |
| 1.5.1.2.2.1) Processos relacionais atributivos x identificativos ..... | 63 |
| 1.5.1.2.3) Processos e participantes em orações mentais .....          | 65 |
| 1.5.1.2.4) Processos e participantes em orações verbais .....          | 66 |
| 1.5.1.2.5) Processos e participantes em orações comportamentais .....  | 67 |
| 1.5.1.2.6) Processos e participantes em orações existenciais .....     | 67 |
| 1.6) Abordagens da esquizofrenia pela LSF .....                        | 69 |
| 2) Metodologia .....                                                   | 84 |
| 2.1) O corpus e os colaboradores da pesquisa .....                     | 84 |
| 2.2) O contexto de situação .....                                      | 88 |
| 2.3) A situação: entrevista psiquiátrica .....                         | 89 |
| 2.4) Pressupostos metodológicos: a Linguística de Corpus .....         | 92 |
| 2.4.1) Descrição das ferramentas: o <i>WordSmith Tools</i> .....       | 95 |
| 2.5) Coleta de dados .....                                             | 98 |
| 2.6) Organização dos dados .....                                       | 98 |

|                                                       |     |
|-------------------------------------------------------|-----|
| 2.7) Procedimentos de análise -----                   | 98  |
| 3) Análise dos dados e discussão dos resultados ----- | 103 |
| 3.1) O percurso analítico -----                       | 105 |
| 3.1.1) Processos materiais -----                      | 109 |
| 3.1.1.1) Verbo fazer -----                            | 109 |
| 3.1.1.2) Verbo ir -----                               | 112 |
| 3.1.1.3) Verbo dar -----                              | 116 |
| 3.1.1.4) Verbo passar -----                           | 118 |
| 3.1.1.5) Verbo acontecer -----                        |     |
| 120                                                   |     |
| 3.1.1.6) Verbo morrer -----                           | 122 |
| 3.1.1.7) Verbo sair -----                             | 123 |
| 3.1.1.8) Verbo tomar -----                            | 124 |
| 3.1.1.9) Verbo vir -----                              | 125 |
| 3.1.1.10) Verbo chegar -----                          | 126 |
| 3.1.2) Processos relacionais -----                    | 129 |
| 3.1.2.1) Verbo ser -----                              | 129 |
| 3.1.2.2) Verbo estar -----                            | 133 |
| 3.1.2.3) Verbo ter -----                              | 136 |
| 3.1.2.4) Verbo ficar -----                            | 140 |
| 3.1.3) Processos mentais -----                        | 145 |
| 3.1.3.1) Verbo saber -----                            | 145 |
| 3.1.3.2) Verbo ver -----                              | 146 |
| 3.1.3.3) Verbo entender -----                         | 148 |
| 3.1.3.4) Verbo gostar -----                           | 150 |
| 3.1.4) Processos verbais -----                        | 154 |
| 3.1.4.1) Verbo falar -----                            | 154 |
| 3.1.5) Processos comportamentais -----                | 157 |
| 3.1.5.1) Verbo conversar -----                        | 157 |
| 3.1.5.2) Verbo dormir -----                           | 157 |
| 3.1.5.3) Verbo sarar -----                            | 158 |
| 3.1.6) Processos existenciais -----                   | 159 |
| 3.1.6.1) Verbo ter -----                              | 159 |

|                                                                              |            |
|------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>3.2) Interpretação dos resultados</b>                                     | <b>163</b> |
| 3.2.1) A inação                                                              | 163        |
| 3.2.3) A dependência                                                         | 170        |
| 3.2.3) A auto-imagem negativa                                                | 175        |
| 3.2.4) O estado mental de sofrimento e a visão negativa da vida              | 177        |
| 3.2.5) O relato de fatos e acontecimentos negativos                          | 180        |
| 3.2.6) O relato de sensações inusitadas                                      | 184        |
| 3.2.7) A preocupação excessiva com se fazerem entender                       | 186        |
| 3.2.8) A dificuldade de lidar com os sentimentos, as emoções e a afetividade | 187        |
| 3.2.9) O relato de acontecimentos inusitados                                 | 190        |
| 3.2.10) O relato de ações ameaçadoras à própria integridade                  | 193        |
| 3.2.11) O sentimento de que o mundo está contra si e os avalia negativamente | 195        |
| <b>Conclusões</b>                                                            | <b>200</b> |
| <b>Referências</b>                                                           | <b>207</b> |
| <b>Anexos</b>                                                                | <b>I</b>   |

## LISTA DE GRÁFICOS

|                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 1: Distribuição dos tipos de processos no corpus ..... | 105 |
|----------------------------------------------------------------|-----|

## LISTA DE QUADROS

|                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 1: Sintomas da esquizofrenia: síntese dos manuais de Psicopatologia e Psiquiatria ----- | 36  |
| Quadro 2: Relações entre tipo de desconexão e função lingüística na esquizofrenia -----        | 78  |
| Quadro 3: Dados dos pacientes -----                                                            | 85  |
| Quadro 4: Entrevista psiquiátrica: variáveis contextuais -----                                 | 88  |
| Quadro 5: Padrões léxico-gramaticais das orações materiais -----                               | 128 |
| Quadro 6: Padrões léxico-gramaticais das orações relacionais -----                             | 144 |
| Quadro 7: Padrões léxico-gramaticais das orações mentais -----                                 | 153 |
| Quadro 8: Padrões léxico-gramaticais das orações verbais -----                                 | 156 |
| Quadro 9: Padrões léxico-gramaticais das orações comportamentais -----                         | 158 |
| Quadro 10: Padrões léxico-gramaticais das orações existenciais -----                           | 161 |

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Porcentagem de ocorrências do verbo ser com atributos e identificadores por conotação ----- 129

Tabela 2: Porcentagem de ocorrências do verbo estar com atributos e identificadores por conotação ----- 134

Tabela 3: Porcentagem de ocorrências do verbo ter com atributos e identificadores por conotação ----- 136

Tabela 4: Porcentagem de ocorrências do verbo falar com atributos e identificadores por conotação ----- 154

## INTRODUÇÃO

A idéia de pesquisar o universo da esquizofrenia<sup>1</sup> apareceu quando estava realizando minha pesquisa de mestrado. Naquela época, escutei um caso que chamou muito a minha atenção: um paciente da minha mãe, médica psiquiatra, chegou delirando ao consultório dela falando que havia outras realidades paralelas à que vivemos, e que não era possível nem mesmo saber se a realidade que nos cerca é a realidade de fato, ou se não passa de uma projeção, reflexo ou imagem de uma destas outras realidades paralelas. O delírio parecia muito com o enredo do filme “Matrix”<sup>2</sup>, e remetia ao tema da realidade virtual, abordado recentemente em várias áreas culturais e científicas. O curioso era que o paciente em questão, portador de esquizofrenia, morava na zona rural de uma cidade muito pequena do interior de Minas Gerais, era semi-analfabeto e nunca tinha assistido sequer a um filme em toda a sua vida!

Vários pensamentos e especulações ocorreram-me: por que motivo o paciente falava do tema abordado em várias mídias sem nunca ter tido contato com elas? Por que motivo o paciente teria construído aquela realidade mental para si? Serão os discursos dos falantes com esquizofrenia parecidos no que diz respeito aos tópicos falados por eles e às formas de representar os acontecimentos por eles vivenciados? Existiria algum tema, que diz respeito ao questionamento da realidade, que seria universal e próprio da natureza humana, independente do diagnóstico mental da pessoa? Será que o tema é universal, mas a maneira de colocá-lo é que é diferente, no caso de portadores de esquizofrenia? Será que, independentemente de algumas variáveis – sejam sociais, econômicas, religiosas ou tantas outras –, haveria pontos em comum do discurso desses indivíduos que seriam determinados pela realidade do seu

---

<sup>1</sup> Grosso modo, conforme o American Heritage Dictionary (2000), podemos definir a esquizofrenia como uma doença do grupo das psicoses, caracterizada pelo desvio da realidade e por manifestações de distúrbios variáveis, tanto no nível afetivo como nos níveis intelectual e comportamental. A discussão do termo, da definição da doença e dos seus sintomas encontra-se no Capítulo 1 desta tese.

<sup>2</sup> MATRIX. Título Original: The Matrix. Produção de Silver, J. Roteiro e direção de Wachowski, A. & Wachowski, L. Tempo: 136 minutos. Cor: Colorido. Ano de lançamento: 1999. Recomendação: 14 anos. Legenda: Inglês, Português, Espanhol. Idiomas / Sistema de Som: Inglês - Dolby Digital 5.1. Formatos de Tela: Widescreen.

transtorno mental? Que elementos do discurso desses falantes fazem o médico diagnosticá-los como esquizofrênicos?

A idéia da pesquisa começou então a ganhar forma em minha cabeça, e resolvi que, em minha tese de doutorado, pesquisaria o discurso de falantes com esquizofrenia. Terminada minha pesquisa de mestrado, mãos à obra: comecei a pesquisar o que já havia sido pesquisado sobre o tema. Realizei um levantamento bibliográfico detalhado, e concluí que o estudo do discurso de falantes com esquizofrenia ainda não tinha sido abordado a contento na área da Lingüística Sistêmica – dentro da qual, dada a minha afiliação teórica, resolvi desenvolver a presente pesquisa. Conversei sobre essa possibilidade de pesquisa com psiquiatras e psicólogos, que demonstraram grande interesse pelo tema e confirmaram a carência de trabalhos sobre o discurso de falantes com esquizofrenia, que normalmente é abordado de forma intuitiva e/ou pouco sistematizada. Naquela época, havia encontrado apenas um trabalho na área de Lingüística Sistêmico-Funcional que abordava o tema (Rochester & Martin, 1979) <sup>3</sup>.

Percebi que os questionamentos que fazia sobre o tema que pretendia pesquisar eram concernentes, usando como referência a Lingüística Sistêmico-Funcional, ao sistema da transitividade, e comecei a formular as perguntas da pesquisa por este viés<sup>4</sup>. A escolha dos falantes a respeito de que assunto falar, do quanto falar sobre ele e de que maneira indica a atitude deste falante em relação ao mundo exterior, bem como sua interação com este mundo (Fine, 2006). As orações codificam o que os falantes consideram acontecimentos no mundo, sinalizando o que é importante para eles. Dessa forma, dadas as perguntas iniciais da presente pesquisa, sobre formas de visão e de ação na realidade, concluí que o sistema que deveria servir como ponto de partida da pesquisa era a transitividade. De fato, confirmei minha dedução assim que tive acesso ao livro de Fine (2006), que afirma que os significados ideacionais estão especificamente em risco em algumas desordens, e situa o caso do

---

<sup>3</sup> Observe-se que, hoje, mais de três anos após a realização deste primeiro levantamento, consegui referência de apenas mais uma obra realizada no enquadre sistêmico-funcional abordando o tema do discurso de falantes com esquizofrenia (Fine, 2006) – e mesmo assim, o livro trata do discurso na psiquiatria em geral, sendo o discurso da esquizofrenia apenas um de seus capítulos.

<sup>4</sup> Ao longo da pesquisa, não pude prescindir de analisar aspectos da metafunção interpessoal, devido aos dados terem me levado a isso. Voltarei a esta questão no decorrer da tese com maior detalhamento.

delírio – um dos principais sintomas da esquizofrenia – como típico do sistema da transitividade.

Várias foram as dificuldades com as quais me deparei para levar a cabo a pesquisa: dificuldade de encontrar possíveis orientadores, dificuldades logísticas (morar em um estado e estudar em outro não é tarefa das mais fáceis!) e, principalmente, dificuldades para conseguir uma bolsa de pesquisa. Tive alguns pedidos negados, e cheguei à conclusão de que havia algo que eu precisava urgentemente reformular: do jeito que a tese estava formulada, passava a nítida impressão de que seria uma tese para ser realizada por algum psiquiatra com interesse em Lingüística, e não o contrário. No afã de tentar justificar o interesse da pesquisa que pudesse levar à obtenção de uma bolsa, o tiro saiu pela culatra: como lingüista, eu não poderia conseguir responder a perguntas que não são de minha competência. Querer saber em que medida a realidade sócio-econômica influencia a realidade mental dos falantes com esquizofrenia e o modo exato como os padrões lingüísticos encontrados na presente pesquisa relacionam-se com as várias alterações advindas da esquizofrenia – questões que figuravam entre as perguntas de pesquisa num primeiro momento – não são questões que deveriam aparecer em uma tese de Lingüística Aplicada. Demorou um pouco para que eu percebesse que o meu ponto de partida poderia e deveria ser a própria Lingüística e que, finalmente, o interesse da pesquisa para a Lingüística Aplicada poderia justificá-la por si. Se houver interesse de psiquiatras pelos resultados advindos desta tese, tanto melhor: o que ficou claro, ao longo do doutorado, é que eu não precisava servir unicamente aos interesses dos psiquiatras, e que a minha tarefa seria analisar os dados do ponto de vista da Lingüística Aplicada – especificamente, da Lingüística Sistêmico-Funcional. Quando me convenci disso, consegui convencer os pareceristas também, e tudo começou a se ajeitar.

Assim, a realização desta tese se justifica principalmente pela carência de pesquisas sobre o tema na área da Lingüística com a qual estou trabalhando e, adicionalmente, por um provável interesse para a categoria profissional de médicos psiquiatras.

Também para o programa de pós-graduação no qual estou inserida (o Programa de Pós-Graduação em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem da PUC-SP, que abarca a linha de pesquisa “Linguagem e Trabalho”) o

desenvolvimento da presente tese se justifica, uma vez que o que está sendo estudado é um discurso que ocorre em um ambiente de trabalho.

Uma outra grande dificuldade que tive também para a consecução da pesquisa foi metodológica: em princípio, tinha a idéia de gravar entrevistas psiquiátricas prioritariamente em hospitais psiquiátricos, e em menor medida, em clínicas particulares e centros de saúde mental. Consegui a autorização do CONEP (Comitê Nacional de Ética em Pesquisa) da PUC-SP e, munida dos protocolos de pesquisa e termos de consentimento livre e esclarecido, os psiquiatras que aceitaram participar da pesquisa começaram a realizar a gravação do material em clínicas e ambulatório em um posto de saúde mental de acesso gratuito. Quando, no entanto, precisei de autorização para a gravação em hospitais, esta não chegou: as dificuldades foram de tal ordem que julguei por bem parar de insistir e seguir pesquisando sem o material advindo de hospitais. Os pareceristas do CONEP do hospital procurado em Minas Gerais não autorizaram a gravação em cada uma das três tentativas por diferentes motivos: primeiro, alegaram que o termo de consentimento estava formulado em linguagem muito acadêmica, de difícil leitura para os internos ou seus acompanhantes. Reformulei o termo e dei entrada novamente. Dessa vez, alegaram que meu projeto apresentava pouco conhecimento da literatura da área de Psiquiatria, com recomendações de que eu aumentasse o seu peso na revisão bibliográfica. Acrescentei, então, muitos autores de Psicopatologia e apresentei novamente meu projeto para apreciação. Dessa vez, alegaram que a realização da pesquisa poderia causar danos aos pacientes que viessem a ser sujeitos da pesquisa, dado que seu comportamento poderia ser alterado pela presença de um gravador!

Não tenho certeza se os motivos que levaram o CONEP a não autorizar a gravação foram realmente os alegados por eles. O próprio objeto da pesquisa é controverso por si e suscita muitas paixões e pesadelos: penso que pode haver uma apreensão por parte de alguns psiquiatras no sentido de uma possível avaliação de sua prática clínica ao longo da pesquisa – e, de fato, a sensação de ser avaliado de alguma maneira não é quase nunca uma sensação confortável. Cabe lembrar também que, não só na área médica, as questões de poder sempre acompanham os ambientes institucionais, que são,

muitas vezes, de difícil acesso. Dar acesso ao íntimo da instituição – como é o caso de uma internação psiquiátrica – pode não ser uma idéia muito simpática aos seus membros, seja por uma espécie de pudor de quebra da intimidade entre médico-paciente pela presença de um gravador, seja pela apreensão de quebra da mística que envolve os locais de internação, já tão bem discutidos em Foucault (1972).

De qualquer maneira, é oportuno lembrar que a figura do “louco” – como é popularmente conhecida pelo senso comum – desperta um sem-número de evocações mentais. Esclarecer aspectos de sua linguagem, trazendo-o com isso ao centro das discussões da Academia, numa tentativa de tirá-lo de seu lugar marginal, pode despertar diversos medos – inclusive o de que possamos nos identificar com ele de alguma maneira – o que nos levaria a questionar nossa própria sanidade mental. Como nos lembra novamente Foucault, o contato com a loucura evoca o que de primitivo existe em nós, e isso é por si só ameaçador. Desde os primórdios da história da loucura, é melhor banir o louco do que tê-lo à vista – nem que seja em uma biblioteca universitária sob a forma de uma tese sobre seu discurso.

Seja como for, a realização da pesquisa encontrou finalmente seu espaço, e resolvi contentar-me com o corpus de que já dispunha, de 12 consultas psiquiátricas – corpus esse que julgamos ser suficiente para os propósitos da pesquisa. Gostaria de ter gravado as consultas em hospitais pelo fato de, provavelmente, poder conseguir um maior volume de gravações, já que há grande número de pacientes internados ao mesmo tempo. Também penso que a pesquisa poderia ficar enriquecida pelo fato de que, quando os falantes com esquizofrenia chegam aos hospitais para internação, estão em estágios delirantes claramente configurados, em fases agudas do transtorno mental – o que poderia auxiliar na pesquisa, dado que, pela maior frequência com que apareceriam, as características de seu discurso seriam mais evidentes. Com a leitura de bibliografia na área, no entanto, pude tomar conhecimento do fato de que os traços da esquizofrenia estão sempre presentes no discurso de seus portadores – em maior ou menor grau –, mas sempre estão lá.

O trabalho com Lingüística de Corpus se justifica: a gravação do material, bem como o processamento dos dados com o auxílio de ferramentas

computacionais, permitiram que muitas das características do discurso de falantes com esquizofrenia, que são passíveis de passar despercebidas no momento da interação face a face, fossem percebidas, sistematizadas, categorizadas e analisadas, o que ajudou na descrição de um tipo de discurso ainda pouco estudados pelos analistas do discurso.

A questão do caráter desviante, de quais as diferenças entre o discurso aqui analisado e o discurso dito “normal” não constitui um interesse direto desta pesquisa e, portanto, não foi formulada em termos de pergunta de pesquisa, não faz parte de seu escopo e não norteou diretamente as análises dos dados. Acredito que tal questão seria digna de uma outra tese, formulada em outros termos e baseada em um estudo contrastivo entre um corpus de discurso de falantes portadores e outro de falantes não-portadores de esquizofrenia. Em um dado momento da pesquisa, cheguei mesmo a considerar a possibilidade de realizar tal estudo contrastivo, entre o corpus da presente pesquisa em comparação a outros corpora diversos, como reuniões de negócios e conversas ao telefone. Decidi, no entanto, não fazê-lo, por não termos nem mesmo a certeza de que tais discursos foram produzidos por falantes de fato “normais” do ponto de vista da Psiquiatria: para realizar um estudo comparativo, seria necessário um corpus constituído pelo discurso de falantes diagnosticados como “normais” por um psiquiatra, e de preferência, produzido no mesmo contexto de situação em que foi produzido o corpus dos portadores de esquizofrenia. O fato é que ficou claro, para mim, que comparar os discursos, de fato, fugiria ao propósito da pesquisa, que é investigar como os portadores de esquizofrenia usam a linguagem para expressar a realidade social e a realidade mental.

Uma das grandes vantagens de adicionar uma visão lingüística à visão clínica, como observa Fine (2006), é o ganho em termos de precisão que os conceitos lingüísticos trazem. Conceitos ou categorias muitas vezes vagos, que necessitam do apelo à intuição, mostram-se mais tangíveis quando abordados de um ponto de vista lingüístico, e essa maior precisão é uma contribuição almejada por esta tese.

Além disso, ressalto aqui o interesse da pesquisa no sentido de que ela mostra algumas categorias semântico-discursivas que não estão descritas nos

manuals de Psiquiatria e Psicopatologia. Dessa forma, o estudo intenta oferecer mais subsídios para o estudo do discurso do falante com esquizofrenia.

Em relação à posição que se deve tomar ao optar por trabalhar com linguagem na esquizofrenia, Rochester & Martin (1979) sugerem que a decisão fundamental a ser tomada é se “deve-se prestar atenção na esquizofrenia ou na linguagem”. Eles optaram por estudar a linguagem dos falantes com esquizofrenia, e não a esquizofrenia em si. Tal qual na obra destes autores, o foco da presente pesquisa também está na linguagem. Da mesma maneira, meu ponto de partida foi a Lingüística Aplicada. Acredito que um olhar a partir de um outro lugar – o da Lingüística Aplicada – pode resultar em novas considerações sobre o objeto em questão. A idéia é que tais resultados possam servir de apoio para novas hipóteses de pesquisa, tais hipóteses sejam testadas, produzindo mais resultados novos e que, assim sucessivamente, o conhecimento novo seja produzido de forma a ter uma utilização efetiva para a melhora do desempenho e do bem estar pessoal e social dos portadores de esquizofrenia.

Tendo clara a definição da Lingüística como ponto de partida da tese, comecei a análise pelo estudo dos dados lingüísticos – e não das categorias clínicas. Encontrei padrões discursivos no sistema da transitividade. Inicialmente, as categorias que encontrei foram léxico-gramaticais, que passaram a indicar que estavam realizando padrões de significado. Esses padrões de significado deram origem às categorias semânticas – e muitas delas encontraram correspondência nas categorias clínicas. Algumas destas categorias, no entanto, não apresentaram relação com aquelas; dessa forma, ficou claro que não há correspondência direta necessária entre as diversas categorias.

Assim, o percurso teórico-metodológico por mim empreendido contou com várias fases: em um primeiro momento, realizei uma série de resenhas de obras fundantes da Psicopatologia para que entendesse o fenômeno com o qual estaria lidando na pesquisa. Simultaneamente, comecei a olhar para os dados de forma a encontrar padrões lingüísticos no discurso dos falantes com esquizofrenia. Entrei por um caminho que não se mostrou muito produtivo para

os meus propósitos, na medida em que me detive muito em subcategorizações, principalmente quando lidava com os processos relacionais.

Tomei, então, uma decisão arriscada: resolvi observar os verbos de maneira geral, sem uma preocupação inicial com as frequências de seu aparecimento. Foi então que analisei todos, um por um, por dois motivos: para que pudesse fazer um mapeamento do sistema da transitividade, a partir dos processos, no tipo de discurso com o qual estou lidando – e, portanto, seria fundamental quantificar seus tipos e ordená-los –, e para que eu me permitisse observar fatos que só podem ser observáveis por meio de uma análise dos processos menos freqüentes. Essa tarefa consumiu um tempo muito grande, e inicialmente pareceu tediosa, estafante ou, mesmo, improdutiva.

Em um dado momento, porém, as coisas começaram a ficar claras. Enquanto fazia a contagem dos processos e os colocava em tabelas, percebi que fazia diferença separar as pessoas do discurso: se eram os próprios falantes os participantes da oração ou se eram outros personagens sobre os quais falavam em suas narrativas, muitas vezes o sentido e as implicações para os resultados da pesquisa mudavam completamente. Assim, paralelamente à produção das tabelas com os tipos de processos encontrados, fiz também tabelas divididas pelos participantes desses processos, em primeira, segunda ou terceira pessoa.

À medida que ia fazendo este trabalho, significados cada vez mais claros iam tomando forma: as categorias de sentido, apresentadas no capítulo de análise, foram se delineando, e a pesquisa começou a ficar muito instigante. Na medida em que mais orações foram sendo analisadas, mais e mais categorias apareciam. Da mesma maneira, quanto mais análises de concordâncias fazia, mais as categorias puderam ser comprovadas – e, algumas vezes, o que deduzi ser uma categoria se revelou, ao longo da análise, apenas um traço fortuito.

Fiquei muito surpresa com a direção que a pesquisa tomou: em certo momento, os dados pareceram ganhar vida própria, e algumas suposições iniciais acabaram por cair por terra. Quando me propus a realizar a pesquisa, imaginava encontrar fatos completamente improváveis na realidade social. Após resenhar a bibliografia, no entanto, compreendi que os delírios não são

comumente bizarros; podemos encontrar fragmentos do discurso dos falantes com esquizofrenia nos quais eles relatam um delírio que seria perfeitamente crível como algo que aconteceu de fato. Dessa forma, em alguns casos, adicionalmente ao relato do paciente, é bem-vida a existência de relatos de familiares para auxiliar o psiquiatra a fazer um diagnóstico preciso. Esta dificuldade de identificar um delírio não bizarro foi um ponto que me motivou a tentar contribuir para sua superação. Porém, percebi que tomar o delírio como ponto de partida para o desenvolvimento da análise seria limitar demais o objeto com o qual estava lidando – o discurso de falantes com esquizofrenia –, correndo o risco de reduzir sua complexidade a uma de suas muitas características. Decidi, então, que o melhor caminho seria deixar os dados falarem por si, sem uma preocupação inicial de separar o que era delírio do que não era.

Decisão acertada: ter dado igual importância às características discursivas que se delinearam ao longo da análise foi o que me permitiu chegar à conclusão de que há elementos na linguagem que são indicativos de delírios. Analisando os dados, comprovei na prática a afirmação teórica (Schneider, 1978; Fine, 2006) de que os delírios mais comuns não são os bizarros. De fato, as narrativas com caráter bizarro não foram as que mais chamaram a atenção na análise, tanto pela frequência relativamente pequena quanto pela presença de padrões muito mais marcantes no discurso analisado.

Conversei com psiquiatras sobre esses achados, e uma fala me convenceu de que eu pudesse estar no caminho certo da análise: “Não tente achar a todo momento figuras de livro!”. Realmente, muitas vezes os livros ilustram os protótipos do fenômeno que explicam – e apesar de casos extremos também aparecem no dia-a-dia de unidades de atendimento psiquiátrico, está claro que não são os mais representativos em termos de frequência. O mais interessante da análise dos dados foi perceber que, mesmo nos casos em que não são bizarros, há indícios lingüísticos de delírios. Pelo fato de o discurso dos pacientes ser majoritariamente construído sobre uma lógica de impossibilidades, chamam a atenção as instâncias em que esses pacientes se investem de poder. Assim, justamente devido à decisão de não procurar deliberadamente o delírio e o diferente, tendo dado igual importância

às várias características de seu discurso, ao final do processo de análise ficou claramente delineado o contraste entre estas duas configurações discursivas: a do poder e a da impossibilidade. A própria combinação inusitada entre participantes, processos e circunstâncias parece ser indicativa de delírios bizarros. Já no caso de delírios não bizarros, o que os indica é algo mais sutil, situado na interseção entre a metafunção ideacional e a interpessoal: a projeção de uma identidade investida de poder. Quando falam de si neste papel, seu mundo se transforma. Não há mais barreiras: tudo é possível.

Definitivamente, a figura do “louco” perdeu, ao longo da análise dos dados, o aspecto fantasioso e um tanto unidimensional de que esteve investido em minha idéia até então. Saiu de cena o lunático e começou a tomar forma uma figura muito mais terrena e humana, apresentando algumas características lingüísticas semelhantes às de qualquer falante, bem como outras que chamam a atenção pelo caráter inusitado e inesperado. Impressionou-me o estado de sofrimento que pode ser visto em seu discurso. O discurso oral dos pacientes com esquizofrenia é, em geral, algo que incomoda quem os escuta com atenção. A sensação que transmitem de que as coisas não têm saída é patente. O lugar que os pacientes parecem alocar para si como repleto de possibilidades é, possivelmente, o do delírio. Quando vivenciam mentalmente essa realidade mental, os pacientes realizam tudo que não é possível em seu dia-a-dia – e essa pareceu, para mim, mais uma evidência de sua dor e de seu sofrimento social.

Enfim, a realização desta pesquisa foi um desafio em vários sentidos, o que a torna para mim ainda mais especial: trabalhar com a diferença respeitando a alteridade tem sido um aprendizado que tenho tentado obter sistematicamente. Acima de tudo, o que a pesquisa está mostrando é que o discurso de falantes com esquizofrenia se assemelha em muitos pontos ao discurso nosso de cada dia. Em certa medida, o que faz o discurso desses falantes ser peculiar parece ser a combinação de significados ou categorias, e não a necessidade da presença de poucos traços específicos apenas.

As perguntas que nortearam a pesquisa são:

**Pergunta geral:**

Quais são os padrões de representação da realidade expressos no discurso dos falantes com esquizofrenia?

As **perguntas específicas** são:

- 1) Como os falantes com esquizofrenia usam o sistema da transitividade para expressar sua realidade mental e social?
- 2) Quais os possíveis significados dessas realidades representadas em seu discurso?

A tese foi dividida em Introdução; Capítulo 1 – Fundamentação teórica; Capítulo 2 – Metodologia; Capítulo 3 – Análise dos dados e discussão dos resultados; Conclusões; Referências e Anexos.

Nesta Introdução, apresento as perguntas, a justificativa e os objetivos da pesquisa e explico a sua gênese – pontuando algumas questões mais relevantes que se apresentaram no decorrer de sua produção e esclarecendo as várias etapas de seu desenvolvimento, bem como os movimentos analíticos compreendidos.

No capítulo 1, começo por abordar a esquizofrenia historicamente, procurando esclarecer a maneira como o distúrbio foi socialmente entendido e representado a partir do fim da Idade Média, e qual foi o legado deixado por esta herança histórica na contemporaneidade. A seguir, descrevo a esquizofrenia do ponto de vista da Psicopatologia, observando as descrições dos sintomas e as categorias diagnósticas e tentando também trazer à baila o legado de tal visão para o entendimento atual do fenômeno descrito. Na sequência, faço uma revisão bibliográfica das pesquisas sobre linguagem na esquizofrenia, detendo-me naquelas empreendidas a partir do ponto de vista da Lingüística. Logo após, exponho os fundamentos da obra de Firth que nortearam, em muitos aspectos, as produções de seus seguidores – como Michael Halliday – para então apresentar as bases da teoria eleita para orientar esta tese – a Lingüística Sistêmico-Funcional –, detendo-me nos tópicos concernentes ao sistema da transitividade. Por fim, encerro o capítulo

resenhando e discutindo as obras que abordaram o discurso de falantes com esquizofrenia do ponto de vista da lingüística sistêmico-funcional.

No capítulo 2, descrevo as características do corpus e dos colaboradores da pesquisa. A seguir, enfoco o contexto de situação em que as entrevistas psiquiátricas foram produzidas, detendo-me nas variáveis contextuais. Logo após, apresento os fundamentos da Lingüística de Corpus e descrevo as ferramentas do programa computacional utilizado nesta tese para as análises lingüísticas, o *WordSmith Tools* (Scott, 2004). Por fim, exponho os procedimentos utilizados para a coleta, a organização e a análise dos dados.

O capítulo 3 foi dividido em duas partes. A primeira explicita o percurso analítico empreendido na tese. Assim, começo sintetizando a distribuição dos processos no corpus sob a forma de um gráfico, em que constam as porcentagens de ocorrência de cada um dos tipos em relação ao número total de processos. A seguir, procedo a uma discussão sobre o uso dos verbos que mais freqüentemente realizaram cada tipo de processo no corpus. Tais análises, aliadas às análises dos verbos usados com menor freqüência, embasaram a produção de quadros que sintetizam o modo com que os pacientes empregaram cada tipo de processo nas orações. Nestes quadros, encontram-se os padrões léxico-gramaticais dos tipos e subtipos de oração, bem como os respectivos exemplos encontrados no corpus. Na segunda parte do capítulo de análises, sugiro, analiso e discuto possíveis características do discurso dos pacientes, apreendidas a partir dos padrões léxico-gramaticais. Nesta seção, tais características, apresentadas como categorias semântico-discursivas, são relacionadas às categorias e padrões léxico-gramaticais e, em menor medida, às categorias clínicas da esquizofrenia e aos achados das pesquisas sobre esquizofrenia e linguagem que foram resenhadas na tese.

Seguem-se as Conclusões, as Referências e os Anexos, onde são mostrados quadros produzidos para cada tipo de processo. Cada um desses quadros contém todos os respectivos verbos usados no corpus com função de realizar o tipo de processo em questão, bem como suas freqüências – tanto dos verbos separadamente quanto em grupos de tipos de processos –, em números absolutos.

Com tudo isso, ao final desta trajetória de pesquisa, ficou evidente que apontar as diferenças do discurso analisado em relação ao discurso dito normal

não foi uma questão central: o que pretendi aqui, honestamente, foi mapear os possíveis significados do discurso dos falantes com esquizofrenia e suas realizações gramaticais. Olhar os sujeitos com esquizofrenia como seres bizarros seria, já de saída, não tratá-los com o respeito que merecem: a grande tarefa a que me propus, e que espero estar realizando a contento, é a de não matar, pela projeção, a singularidade do acontecimento do outro.

## **1) FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Nesta seção, realizo um pequeno percurso retrospectivo, a partir do fim da Idade Média, do entendimento e das formas de representação social da loucura, com o intuito de facilitar a compreensão do significado deste legado histórico para os dias atuais. Tal percurso termina em fins do século XIX, época em que, já sob as “luzes” do Positivismo, a loucura passa a ser definitivamente formulada como doença mental, segundo os preceitos da Psicopatologia.

Neste ponto, faço a ponte entre a contextualização histórica e a descrição da esquizofrenia segundo a visão da Psicopatologia – visão esta que prevalece ainda nos dias de hoje, e que orienta a grande maioria dos trabalhos atuais de pesquisa sobre o tema. Discuto, então, o escopo da Psicopatologia, sua relação com a Psiquiatria e as principais formulações sobre a esquizofrenia, sintetizando a obra de alguns dos principais autores sobre o tema. A seção termina com a apresentação de um quadro que representa a síntese de vários manuais da área sobre as características da esquizofrenia.

Tendo exposto para o leitor os principais conceitos e categorias clínicas da esquizofrenia, apresento e discuto, na seção seguinte, vários trabalhos sobre esquizofrenia e linguagem que se valeram, de alguma maneira, de tais conceitos ou categorias, e que procuraram refiná-los a partir do enfoque no uso lingüístico dos portadores desta doença.

Na sequência, apresento os fundamentos teóricos da Lingüística Sistêmico-Funcional, quando discorro sobre os princípios da escola firthiana, para então, na seção seguinte, explicitar a visão de linguagem da teoria sistêmico-funcional, detendo-me mais detalhadamente nas considerações sobre a metafunção ideacional e o sistema da transitividade, que correspondem aos conceitos e elementos que estarão em foco nas análises.

A seguir, já tendo levado o leitor ao conhecimento da teoria, apresento os trabalhos sobre linguagem na esquizofrenia que foram feitos dentro do enquadre da Lingüística Sistêmico-Funcional, que serão retomados durante a discussão dos resultados.

### 1.1) Um pouco de história

No começo, era a lepra. Como explica Foucault (1972), foi na Idade Moderna que a loucura veio a ocupar, no imaginário do homem ocidental, o lugar de grande encarnação do mal, outrora ocupado por aquela. Já que nosso entendimento atual da loucura foi histórica e discursivamente construído, é necessário que façamos um pequeno percurso retrospectivo, procurando contemplar os vários signos associados a ela ao longo do tempo, para que possamos abordá-la criticamente.

Ao fim da Idade Média, o louco<sup>5</sup> passa a ser visto como o detentor da verdade. Explica-se: “se a loucura conduz todos a um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada um a sua verdade” (Foucault, 1972:14). Este autor ilustra essa afirmação lembrando as comédias e farsas, que então floresciam no teatro, em que o personagem do Louco assume um papel cada vez mais central: onde todos enganam todos e iludem a si próprios, o louco representa o engano do engano; em outras palavras, o louco é a verdade. Talvez por isso, sua figura provoque tanto espanto e medo: a possibilidade de ver nossa verdade externada e exposta causa, no mínimo, desconforto.

De acordo com Foucault, também na Idade Média o signo da loucura passa a ser definitivamente associado ao signo da morte: num certo sentido, a presença do louco aponta o vazio de sentido da própria vida humana, torna clara sua insensatez. Uma vez que a presença do louco nos aproxima da presença da morte e a personifica, desarma-se o macabro, substitui-se a seriedade pela ironia.

Além das associações com a verdade e com a morte, a loucura também esteve, desde a Idéia Média, associada ao animalesco, ao selvagem. A presença do louco nos incomoda, e ao mesmo tempo nos atrai, por revelar-nos, por identificação, o que de mais secreto há em nossa natureza, o seu lado instintivo, violento e despuído.

---

<sup>5</sup> Foucault, ao longo de sua obra, usa os termos loucura, loucos, alienação, alienados e insanos para se referir à doença mental e aos doentes mentais; nesta seção, portanto, uso esta mesma terminologia, para não correr o risco de, caso usasse a definição científica, reduzir os possíveis significados associados a tais termos.

Dessa maneira, a loucura é um saber, mas um saber proibido. Ao mesmo tempo em que anuncia a satisfação absoluta do desejo, anuncia também a verdade muitas vezes cruel, o vazio, a insensatez, o nada, a morte.

Segundo Foucault, no Humanismo a loucura tornou-se objeto da ciência. Desenvolveu-se uma consciência crítica da loucura, abafando-se o seu elemento trágico, e que até o Renascimento era vivenciado livremente. Dessa forma, ao ser observada como objeto, sobranceiramente, à distância, como algo exterior e estranho à natureza do observador, a loucura recebeu da Ciência a alcunha de doença mental. A loucura passa a ser vista relativamente à razão, como seu contraponto. Com isso, a ambigüidade e a complexidade da sua natureza ficam completamente reduzidas, quando não anuladas.

Ainda de acordo com Foucault, no começo do século XVII foram criadas vastas casas de internamento – os Hospitais Gerais –, que abrigavam uma enorme quantidade de pessoas: um em cada cem habitantes de Paris chegou a ser internado, pelo menos por alguns meses, ao longo do século. Pode-se, mesmo, dizer que o internamento é a estrutura mais visível da experiência da loucura na Idade Clássica. Marco da época foi a criação, na França, do primeiro Hospital Geral, que se constitui numa estrutura semi-jurídica, instância da ordem monárquica e burguesa de então, não sendo um estabelecimento médico e não sendo destinado à hospitalização, mas ao internamento. Essas entidades administrativas tinham a função, ao lado dos poderes já constituídos, de decidir, julgar e executar. Desempenhavam, simultaneamente, os papéis de assistência e de repressão. Os hospitais gerais, que proliferaram em toda a Europa no século XVII, acolhiam os pobres que se apresentavam de espontânea vontade e aqueles cidadãos que eram para lá encaminhados pela autoridade real ou judiciária. Dentre eles, podem ser citados os condenados de direito comum, os jovens que perturbavam suas famílias, dilapidando-lhes os bens, os vagabundos e, finalmente, os insanos.<sup>6</sup>

Quando eram considerados curáveis, os insanos eram encaminhados a alguns hospitais que ofereciam tratamentos como sangrias, banhos e purgações. No entanto, quando eram considerados incuráveis, com a sua

---

<sup>6</sup> Os doentes venéreos, as prostitutas, os feiticeiros, astrólogos e alguns criminosos comuns também foram posteriormente internados nos hospitais gerais. Os indivíduos que sobreviveram a uma tentativa frustrada de suicídio também eram internados, devendo ser punidos e vigiados no sentido de impedir-se uma nova tentativa.

doença sendo associada a uma espécie de falha moral – condição atribuída à grande maioria deles – eram enviados ao internamento nos hospitais gerais, também conhecidos como casas de internamento, onde não dispunham de cuidados médicos e sofriam correções, punições e castigos em função de seu desvio moral.

A Igreja, paralelamente, também reformulou sua estrutura hospitalar e de congregações de caridade visando a instituir locais de finalidades análogas à dos Hospitais Gerais. A manutenção de tais instituições ficava a cargo das finanças públicas. Ocupando lugar central nas motivações para a sua criação estava a preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria, que trazia em si o germe de uma flagrante contradição: “o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir” (Foucault, 1972:53).

Com isso, é possível traçar o paralelo entre o internamento do Classicismo e os leprosários da Idade Média: ambos destinavam-se a expulsar, segregar e punir os indivíduos que não eram bem-vindos no convívio social. Foucault ressalta que há uma motivação única no internamento de tipos aparentemente tão heterogêneos em um local comum: de acordo com ele, a prática do internamento designa “um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência” (p.53). No caso dos miseráveis, sua presença no convívio social era desconfortável socialmente porque invocava o descontentamento divino, já que a sua existência era vista como um sinal da sua própria maldição. A miséria era compreendida como um efeito da desordem social, e como obstáculo à ordem: deveria, portanto, ser suprimida e castigada. Nessa visão do homem do Classicismo sobre a pobreza, consideravam-se pobres não apenas os indivíduos desprovidos de dinheiro, mas também aqueles que não têm a força do corpo, a saúde ou o juízo. Ao contrário do que ocorria até então, a pobreza não mais era vista como uma oportunidade para o cristão exercer a caridade, salvando sua alma. Assim, fica claro o paralelo, o denominador comum entre os vários tipos que conviviam no internamento.

A questão econômica também foi imperativa para a instituição do internamento. No começo do século XVII, a Europa atravessava uma grande crise financeira, originada por uma parada na produção das minas das

Américas. Com a instabilidade econômica, vieram também as ameaças de revoltas: com o internamento e a subsequente atividade de trabalho entre seus muros, mantinham-se ocupados os cidadãos ociosos. Posteriormente, após o período de crise, o internamento foi mantido para que fosse assegurada mão-de-obra barata, fazendo com que os internos servissem à prosperidade de todos – já que a visão da época era que, além de propiciar ocupação, o trabalho deveria ser produtivo. Vê-se, então, que a motivação para a existência do internamento não foi a filantropia nem uma preocupação com a cura, mas um imperativo de trabalho, uma condenação da ociosidade – preocupações que norteavam a moral burguesa. Impedir a mendicância e a ociosidade e atacar as fontes de todas as desordens eram, portanto, as funções básicas dos hospitais gerais.

Outrora excluídos e banidos das muralhas das cidades, desempregados, mendigos e insanos são, a partir da instituição dos hospitais gerais, detidos, acolhidos e alimentados. No entanto, isso, obviamente, teve um preço social. Entre os internos e a sociedade, havia um acordo não declarado: os primeiros tinham o direito de serem abrigados e alimentados, mas às custas de coações físicas e morais, implicitamente demandadas pela segunda. É necessário acrescentar que, no Classicismo, a preguiça era considerada o pecado supremo (ao contrário da Idade Média, que condenava, sobretudo, a soberba, e do Renascimento, que via na avareza o maior dos pecados). O trabalho era encarado como uma maldição divina instituída como punição ao pecado original; dessa maneira, no pensamento clássico, não querer trabalhar era considerado a maior revolta, era pôr à prova o poder de Deus. Para combatê-la, obrigava-se o preguiçoso a trabalhar – remédio e punição a esse pecado. As casas de internamento, enfim, eram encarregadas de oferecer punição à falha moral da preguiça e do ócio. O que estava na base de tudo isso, segundo Foucault, era uma verdadeira condenação moral do erro, em todas as suas formas. Em última instância, pode-se dizer que o internamento intentava corrigir e conduzir os internos, pela via do arrependimento, de volta à verdade, através da coação moral.

Da mesma forma que a pobreza, também a loucura, no mundo clássico, era condenada por ser percebida como um “lugar” de não-adesão à ordem burguesa. Ela ainda não era percebida como um “lugar” de insanidade.

Acontece que, ao serem internados, os loucos apresentavam incapacidade para o trabalho e para seguir os ritmos da vida coletiva. Tal aspecto será retomado logo adiante.

Segundo Foucault, a questão da sexualidade também serviu, em nome da moral da família burguesa, de motivação para o internamento – seja na profanação da relação com o sagrado, seja na libertinagem<sup>7</sup>, “isto é, nas novas relações que começam a se instaurar entre o pensamento livre e o sistema de paixões” (Foucault, 1972:84).

Assim, é fácil entender por que a libertinagem e certas formas de sexualidade são ainda hoje consideradas alguns dos signos maiores da loucura<sup>8</sup>. Durante muito tempo, o lugar para punição dos pecados contra a carne, dos pecados contra a alma – caso, por exemplo, dos que tentaram se suicidar – e dos pecados contra a razão – caso da loucura – foi o mesmo. Pertencendo ao mesmo rol do desatino – neste caso, do amor desatinado – estava o homossexualismo, que “toma lugar entre as estratificações da loucura” (p.89).

No classicismo, observou-se uma rígida divisão, em todos os campos, incluindo o da sexualidade, entre a razão e o desatino, a saúde e a doença. A moral vigente era a moral familiar, e as ações de repressão eram tomadas em função de preservar os direitos e interesses da família burguesa. Assim, a devassidão e a luxúria eram punidas porque ameaçavam efetivamente a ordem familiar, sobretudo no sentido de evitar a dilapidação do patrimônio financeiro. O internamento de alguém era pedido, via de regra, pela família burguesa: ele foi colocado à sua disposição pela monarquia absoluta. A ordem era buscada através do domínio das paixões, do uso da razão para dominar as paixões do coração e da carne. Percebe-se que o internamento, de fato, representou a expressão institucional da grande ruptura entre a razão e o desatino.

Dessa maneira, todos os tipos que então conviviam no internamento e os motivos que os levaram para lá esboçam as “fundações secretas de nossa

---

<sup>7</sup> Compete lembrar a presença de doentes venéreos dentro dos muros do internamento.

<sup>8</sup> Lembremos que, segundo a Psicanálise, “toda loucura se enraíza em uma sexualidade perturbada” (Foucault, 1972:90). O componente sexual, muitas vezes, é manifesto não apenas entre as causas, mas também como sintomas de doenças mentais: a psicose maníaco-depressiva (modernamente chamada de transtorno afetivo bipolar), por exemplo, apresenta, entre seus sintomas, a sexualidade exacerbada quando o paciente encontra-se em uma fase maníaca (American Psychiatric Association, 1994).

experiência moderna da loucura” (p.105). O Classicismo formou, com a condenação de toda essa variedade de comportamentos tidos como desatinados, a experiência moral do desatino. Tal interpretação moral, como explica Foucault, foi o que permitiu um distanciamento – fundamental para autorizar o saber objetivo – que resultou, já no século XIX, nos alicerces de um conhecimento científico da doença mental. Interessa, aqui, observar que uma espécie de consciência médica sempre esteve presente, até o Classicismo e mesmo em algumas de suas instâncias institucionais, em todo julgamento sobre a alienação. O reconhecimento da loucura no direito canônico e no direito romano estivera sempre ligado ao seu diagnóstico pela medicina. O internamento, no entanto, estava estruturado em outra prática, que não se pautava por uma decisão médica – salvo alguns casos, em que os pedidos de internação eram acompanhados de certificados médicos. Nessa época, via de regra, dispensava-se o reconhecimento médico da loucura – e, muitas vezes, questionava-se a capacidade médica de fazê-lo –, socializando-se o poder de reconhecê-la.

Dessa forma, no século XVII coexistiam duas visões, dois entendimentos da loucura. A visão jurídica, que recomendava a hospitalização, a considerava doença incapacitante, em termos do direito individual, e que acomete a integridade da razão e impede o indivíduo de contrair obrigações e de elaborar contratos. A visão burguesa considerava a loucura uma ameaça à ordem social e, não a entendendo como falha da razão, e sim na qualidade da vontade, recomendava o internamento. Juntando os dois aspectos da questão, a medicina positivista de fins do século XVIII e começo do século XIX, capitaneada pela figura de Pinel<sup>9</sup>, prega que “a alienação do sujeito de direito pode e deve coincidir com a loucura do homem social, na unidade de uma

---

<sup>9</sup> Philippe Pinel (1745-1826) foi um médico francês tido como um dos pioneiros a defender um tratamento com embasamento científico para as psicoses, tornando-se um dos precursores da Psiquiatria Moderna. Uma medida que o celebrou foi a de libertar pacientes que estavam acorrentados há anos. Pinel proibiu a prática de tratamentos como a sangria, e adotou um contato amistoso com os pacientes. Combateu credulidades como a de que um louco estaria possuído pelo demônio. Sua principal obra foi *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (originalmente publicado em 1801), em que expôs seus métodos de tratamento da esquizofrenia. Pinel também ofereceu grande contribuição à Psiquiatria instaurando a prática de manter documentados os prontuários dos pacientes, o que possibilitou seu uso em pesquisas. Dados coletados em [www.encyclopedia.com/doc/1E1-Pinel-Ph.html](http://www.encyclopedia.com/doc/1E1-Pinel-Ph.html) (acessado em 15/07/2008).

realidade patológica que é ao mesmo tempo analisável em termos de direito e perceptível às formas mais imediatas da sensibilidade social” (p.131).

Assim, foi só no século XVIII que a incapacidade dos loucos para o trabalho e para seguir os ritmos da vida coletiva foi ratificada, e foi alardeada a necessidade de oferecer-lhes um regime especial, que envolvia necessariamente um tratamento médico.

No século XIX, as casas de internamento, por uma exigência social, passam a abrigar apenas os insanos. Aos poucos, a percepção da loucura como desordem social foi apreendida na forma de uma consciência médica, que a aperfeiçoou e a formulou como doença da natureza – e não mais como mal-estar social. A partir daí, os conflitos instituídos pela convivência com a loucura passam a adquirir um aspecto de problema psicológico, e não mais de ordem pública.

O Classicismo não via a loucura como uma doença, e chegava a entender seu aspecto animalesco como um fator de proteção do louco contra a doença. Nesta época, a animalidade que perpassa a loucura começou a ser considerada a essência de uma doença mental.

Assim, o conceito médico de loucura pauta-se pelas noções de sujeito juridicamente incapaz e de sujeito perturbador do grupo. A Psicopatologia do século XIX, que teorizou sobre a vida psíquica anormal, utilizou como referência a noção de normalidade do homem. O que convém ressaltar é que essa noção de normalidade é ela própria uma criação, um construto que não é dado por si.

Compete também ressaltar que o Positivismo do século XIX herdou aspectos da visão da loucura conforme o Classicismo, porém modificando-os: o tema da loucura animal foi retomado, mas numa teoria de alienação mental como mecanismo patológico da natureza. Entretanto, isso traz o germe de uma ambigüidade: mantendo a prática do internamento – outrora pensada para a punição moral, e não para a cura da mente, uma vez que a loucura não era vista como uma doença –, o louco foi mantido no aparelho da coação moral – embora isso não fosse admitido às claras. Assim, tem-se que a psiquiatria positiva do século XIX acreditava “falar apenas da loucura em sua objetividade patológica mas, contra a vontade, estava lidando com uma loucura ainda habitada pela ética do desatino e pelo escândalo da animalidade” (Foucault,

1972:162). Pode-se dizer que a consciência da loucura passa, do Renascimento à contemporaneidade, de uma consciência crítica – que não define a loucura, mas apenas a denuncia – até uma consciência analítica – em que a loucura é a totalidade de seus fenômenos.

Segundo Foucault, aquilo que, na loucura, está muito próximo da razão, tudo que a ameaça pela semelhança, é reduzido a um silêncio rigoroso, por meio da violência – como na situação do internamento. Assim, o construto teórico atual sobre a loucura, estruturado e objetivado sob o Positivismo do século XIX, foi baseado na noção de doença mental, de insanidade em oposição à razão. No entanto, sabemos, agora, que esta visão tenta ocultar a visão anterior, de loucura como desatino, como desordem da vontade, da moral. Ora, no Classicismo internava-se o louco, excluindo-o do convívio social, porque ele apontava o que existe de ameaçador e passível a qualquer ser humano de ser vivenciado: em outros termos, o lado negativo do ser humano, mostrado sem reservas pela figura do louco. O que resulta disso é que os manuais de Psicopatologia ocultam, de alguma maneira, o caráter de semelhante do louco: ser louco hoje é entendido como ser diferente. O elemento comum a todos – representado pelo aspecto negativo – é negligenciado, o que, de certa forma, repete o comportamento clássico. A loucura é percebida pelo viés da doença: ela não é vista como a múltipla experiência de um louco, mas como o domínio da doença – esta também tendo definido seu escopo a partir da idéia do que seja a razão. Na base do Positivismo, está a idéia de que uma falha não pode ser nem a verdade, nem a essência de uma doença, e de que, para dar a ela um conteúdo particular, é necessário voltar-se para os fenômenos observáveis, positivos (no sentido de algo que ocorre, ou ocorre em quantidade maior que a normal, em oposição ao negativo, que por não ocorrer, ou ocorrer em quantidade menor que a normal, não pode ser descrito), por meio dos quais ela se manifesta. Como regra, o aspecto de semelhança costuma ser abafado; caso contrário, corro o risco de ser também tachado como louco, uma vez que falo ou faço coisas bem parecidas com seu discurso e sua ação.

Sendo assim, preparo aqui o leitor para, durante a leitura das análises dos dados, atentando para essa discussão, não ficar muito incomodado com a possível semelhança que será encontrada, em alguns aspectos, entre seu

discurso e o discurso dos falantes com esquizofrenia. Tal semelhança é real e não implica necessariamente que o diagnóstico de um e de outro esteja errado! Como conhecemos a loucura como algo inteiramente diferente do dito normal, uma vez que a Psicopatologia só se ocupa do que é diferente, e que aqui considero o discurso globalmente, sem uma preocupação inicial com as categorias da Psicopatologia, é natural que as categorias discursivas sugiram aspectos diferentes e semelhantes do considerado normal. Foucault atesta a inexistência de um signo próprio da loucura, o que acarreta a dificuldade de determiná-la, concomitantemente à facilidade de reconhecimento do louco: “Na própria medida em que não sabemos onde começa a loucura, sabemos, através de um saber quase incontestável, o que é ser louco” (p.181). Nesses termos, ser louco é agir fora da ordem da razão; ou seja, sem coerência, lógica nem continuidade no discurso, não fazendo um uso perfeito dela. Como a loucura surge da discordância, uma vez que sua ordem é a da ruptura – com a razão, como postula o positivismo, e com a moral, como postula o classicismo –, ela é “inteiramente negativa” (p.182). Foucault afirma que o louco, “do alto de sua sabedoria louca, sabe muito bem que sua alma foi atingida” (Foucault, 1972: 211), e que “diz que está louco até o âmago de sua alma e, dizendo isso, enuncia a verdade” (p.211).

Sob as luzes do Positivismo, ocorre que, no final do século XVIII, começa-se a definir as perturbações então chamadas de vapores, e que mais tarde, já no fim do século XIX, passam a ser denominadas esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva e transtorno esquizo-afetivo.

Na presente tese, a esquizofrenia foi eleita para investigação, entre as demais desordens psicóticas, devido à pergunta de pesquisa que a motivou: como meu interesse era pela realidade paralela que alguns pacientes psiquiátricos apresentam, o corpus deveria necessariamente conter relatos de delírios ou alucinações de pacientes psiquiátricos. Os psiquiatras que permitiram a gravação das consultas com os seus pacientes, apoiados nas considerações de Schneider (1978), sugeriram, então, que o escopo do trabalho fosse a linguagem na esquizofrenia, uma vez que tal autor atribui à percepção delirante o traço característico e exclusivo da esquizofrenia. Assim, segundo este autor, onde existem percepções delirantes, trata-se sempre de

uma psicose esquizofrênica. Com isso, a questão não deixou espaço para dúvidas: o fenômeno a ser pesquisado deveria ser o discurso na esquizofrenia.

Lembrando que o tipo de psicose aqui eleito para abordagem é a esquizofrenia, vamos, neste momento, proceder a uma descrição da loucura formulada como esquizofrenia, tal como foi entendida pela Psicopatologia – visão esta que prevalece ainda nos dias de hoje, e que orienta a grande maioria dos trabalhos atuais de pesquisa sobre o tema.

## 1.2) A esquizofrenia na Psicopatologia

A Psicopatologia é uma área de estudos que tem como objetivo descrever os fenômenos psíquicos anormais (Paim, 1976). É uma ciência empírica, visto que o conhecimento se fundamenta na práxis, na experiência. De acordo com Jaspers (2000), a Psicopatologia usa duas vias de acesso aos fatos psicopatológicos: a compreensão – que é um método subjetivo – e a explicação – que é um procedimento objetivo. São interpretados os gestos, o comportamento e as expressões verbais do enfermo para que sejam descritos os sintomas e as características da enfermidade.

A relação da Psicopatologia com a Psiquiatria – esta, de acordo com Paim (1976), um ramo da medicina que tem como objeto as alterações psíquicas e seus problemas correlatos, compreendendo o diagnóstico, o tratamento e a profilaxia das doenças mentais – se estabelece na medida em que a primeira fornece à segunda as bases da teoria do conhecimento dos fenômenos com os quais os psiquiatras possam trabalhar, coordenando sua ação preventiva e curativa.

Foi Emil Kraepelin (1907) quem primeiro delineou, no final do século XIX, os primeiros conceitos da esquizofrenia, e denominou-a como “demência precoce”. Com base na idade de manifestação, ele distinguiu a demência precoce da demência nos idosos (mais tarde denominada doença de Alzheimer). Com base no curso da moléstia, ela foi também diferenciada da psicose maníaco-depressiva: a demência precoce era considerada mais crônica e persistente, enquanto a doença maníaco-depressiva era vista como intermitente e propensa à remissão espontânea. Alguns anos após a definição original de Kraepelin, Eugen Bleuler (1950) sugeriu rebatizar este distúrbio de esquizofrenia, do grego, *schizo*, separação e *phrenia*, mente: mente ou personalidade separada, dissociada. O que Bleuler queria dizer era que existe uma separação, na mente dos portadores deste distúrbio, entre o real e o imaginário. De acordo com Alvim (1971), o termo foi assim cunhado para caracterizar uma moléstia cuja característica mais marcante seria a dissociação das diferentes funções psíquicas. A idéia que orienta este termo é a da ligação entre o termo esquizo e a noção de incoerência, de dissociação de idéias.

A esquizofrenia caracteriza-se por uma combinação de sinais e sintomas, mas nenhum deles precisa estar necessariamente presente para que a doença se manifeste e seja diagnosticada como tal. Neste sentido, ela difere de muitos outros distúrbios psiquiátricos definidos por uma única característica proeminente. A ausência de uma característica singular para a esquizofrenia às vezes torna difícil o seu diagnóstico. Nos manuais de Psiquiatria e Psicopatologia, são descritas como características da esquizofrenia (Paim, 1976<sup>10</sup>):

#### **a) Alterações na percepção**

A percepção aqui é entendida como um ato pelo qual tomamos conhecimento de um objeto do meio exterior, por meio dos órgãos dos sentidos. Em termos gerais, a percepção pode ser descrita como uma sensação acompanhada de alguns elementos subjetivos, tais como memória, raciocínio e afetividade. Normalmente, estas alterações são observadas nas fases iniciais da esquizofrenia, e são acompanhadas de um estado de ânimo angustioso. Esta categoria, em alguns manuais, como o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) é definida como experiências perceptuais incomuns, mas colocadas como um dos sintomas residuais da doença, presentes entre os períodos agudos de sintomas ativos.

#### **b) Alterações das representações**

De acordo com Paim (1976), a representação vem a ser uma espécie de reprodução na consciência de percepções passadas. Nela, o objeto percebido não se acha presente. Nos portadores de esquizofrenia, tais alterações apresentam-se como alucinações, que são consideradas distorções ou exageros da percepção. De acordo com Jaspers (2000), alucinações constituem falsas percepções que não se originam de percepções reais, mas paralela e juntamente a elas.

Paim (1976) enfatiza que a imagem representativa ou fantástica adquire todos os elementos que caracterizam a imagem perceptiva, mesmo sem a presença de um estímulo exterior. A imagem alucinatória adquire caracteres de

---

<sup>10</sup> As considerações deste tópico foram retiradas de Paim (1976), a menos que haja referência a outro autor e obra.

sensorialidade necessários para que seja considerada pelo portador de esquizofrenia como proveniente do mundo exterior. Em outras palavras, o que era para ser uma mera imagem representativa, ou imaginação, é sentida como algo real. O objeto ou fenômeno alucinatório é percebido como real e presente pelo sujeito, sem que na verdade esteja, e sem que seja percebido por mais ninguém, configurando uma espécie de sonho em vigília. As alucinações têm, para o portador de esquizofrenia, “uma irresistível força de convencimento” (Paim, 1976: 44), sendo a impressão de realidade um dos elementos de maior importância nas alucinações.

Os tipos de alucinação possíveis na esquizofrenia são: auditivas (as mais freqüentes e mais importantes, podendo se apresentar como desde simples ruídos até como vozes e melodias); visuais (algumas vezes, são vistas imagens reais; noutras, imagens inteiramente fantásticas e, mesmo, cenas completas); olfativas e gustativas; táteis; cenestésicas (relatadas pelos falantes com esquizofrenia como sensações de dores gerais, sensações relativas a um aumento ou diminuição da cabeça e relativas a movimentos involuntários do corpo); de sentido do equilíbrio (relacionam-se com o equilíbrio e com os movimentos) e psíquicas (configuram-se quando inexiste um elemento sensorial objetivo e acontecem, por exemplo, quando os pacientes relatam que falam com alguém por telepatia, feita por palavras interiores que não têm som).

De acordo com Ait Bentaleb, Stip e Beauregard (2003), as alucinações constituem um dos sintomas mais freqüentes e evidentes encontrados na esquizofrenia. Segundo estes autores, seus sintomas são encontrados em 50 a 80% dos falantes com esquizofrenia – sendo a de tipo auditivo a mais freqüente.

### **c) Alterações dos conceitos**

De acordo com Fröbes (1950), o conceito é o elemento estrutural do pensamento, uma forma de pensamento mediante a qual se exprimem os caracteres essenciais de um objeto. Paim (1976) observa que o conceito lógico é universal, e o conceito psicológico é pessoal, já que está ligado a vivências, temperamento, cultura – que variam de um indivíduo para outro. Os conceitos são formados quando passamos da percepção à abstração e generalização.

Na esquizofrenia, pode haver desintegração e condensação dos conceitos, bem como perda das relações conceituais.

#### **d) Alterações nos juízos**

O juízo consiste, de acordo com Paim (1976), na afirmação ou negação de uma relação entre dois conceitos. Ex: Eu sou doido<sup>11</sup>. Pode-se também estabelecer uma relação entre um conceito e uma percepção, como em Eu não estava bem. Paim observa que os juízos são expressos na linguagem na forma de proposições, enquanto que o conceito se exprime na palavra. O juízo é sempre uma proposição, um enunciado asserverativo.

O juízo pode expressar o verdadeiro ou o falso, o erro ou a verdade, conforme suas proposições correspondam ou não à realidade: “Por esta razão, o único critério de verdade dos juízos é a sua consonância com a realidade objetiva” (Paim, 1976:78).

As alterações no ato de formação dos juízos são chamadas delírios, vistos como distorções ou exageros do pensamento inferencial. De acordo com Paim (1976), os delírios são crenças errôneas, que não sucumbem a nenhuma crítica ou contraposição e tentam explicar um fato ou evento. Seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas (por ex., persecutórios, religiosos, ou grandiosos). As idéias delirantes surgem sem qualquer relação com a realidade objetiva.

Schneider (1978) categoriza dois tipos de delírio presentes na esquizofrenia:

- 1) Percepção delirante;
- 2) Ocorrência delirante.

A percepção delirante vem a ser, de acordo com Schneider, a forma fundamental do delírio, e caracteriza-se quando se atribui a uma percepção normal uma significação anormal – sem que haja motivos compreensíveis – e, muitas vezes, no sentido da auto-referência. Segundo o autor, a percepção delirante normalmente “aparece como importante, comovente, transcendental, implicando sempre, em certo sentido, uma alusão pessoal(...)”. (Schneider,

---

<sup>11</sup> Todos os exemplos apresentados foram extraídos do corpus de estudo desta tese.

1978:230). Ainda segundo Schneider, as percepções das quais se originam os delírios podem ser tanto visuais quanto olfativas, gustativas, auditivas e táteis.

Este autor observa que as percepções delirantes adquirem um caráter de revelação, que domina e subjuga o eu. O autor, diferentemente dos demais autores da área referidos nesta tese, que afirmam que não há um traço exclusivo da esquizofrenia, atribui à percepção delirante o traço característico e exclusivo da esquizofrenia. Segundo ele, onde existem percepções delirantes, trata-se sempre de uma psicose esquizofrênica.

De acordo com Paim (1976), o fenômeno da ocorrência delirante resulta de uma crença puramente subjetiva. Segundo este autor, a importância da ocorrência delirante para o diagnóstico da esquizofrenia é menor que a da percepção delirante. A ocorrência delirante é dotada de significação peculiar para o esquizofrênico. Paim explica que, ao contrário da percepção delirante, que consta de dois membros – o primeiro indo do sujeito ao objeto percebido e o segundo indo do objeto percebido à percepção delirante, (ou significação anormal) –, a ocorrência delirante consta apenas de um membro: o indivíduo é unido diretamente à ocorrência, dispensando a presença de um objeto.

Paim (1976) afirma que o conteúdo da ocorrência delirante apresenta temas como religião, projeção política, perseguição, ciúme, capacidades especiais e desejo de ser amado. Ele esclarece também que, em todas as formações delirantes, o tema varia de acordo com vários fatores, como a época e o meio em que vive o portador de esquizofrenia, seu grau de instrução e suas concepções.

As ocorrências delirantes e percepções delirantes, ou alterações nos juízos, são comumente denominadas delírios pelos autores da Psicopatologia e da Psiquiatria (como Schneider, 1978; Jaspers, 2000 e Fröbes, 1950), sendo consideradas sintomas da fase aguda da doença.

#### **e) Alterações do Raciocínio**

De acordo com Jaspers (2000), o raciocínio vem a ser a função que relaciona os juízos, sendo responsável pelas operações de indução e dedução, de maneira lógica e compreensível.

Nas palavras de Bleuler (1950), a fala do portador de esquizofrenia seria difícil de compreender; nela, “fragmentos de idéias são conectados de uma maneira ilógica para constituir uma nova idéia” (p. 9). Ainda segundo Bleuler, nem o paciente nem o interlocutor seriam capazes de fazer qualquer conexão entre estes fragmentos. O discurso desses pacientes é descrito pelo autor como vago, bizarro, cheio de associações vazias, palavras que rimam entre si e longos silêncios. Desta maneira, os falantes com esquizofrenia às vezes falhariam na produção de discurso coerente. Tais falhas discursivas ocorreriam, então, quando o ouvinte não pode acompanhar o falante, mesmo que este esteja usando palavras familiares em períodos bem formados (Rochester & Martin, 1979).

Por meio do discurso incoerente, infere-se o pensamento incoerente ou ilógico, comumente denominado desordem do pensamento. Como nem todos os falantes com esquizofrenia apresentam efetivamente tais incoerências no discurso, e aqueles que a apresentam não a apresentam todo o tempo, a literatura algumas vezes faz distinção entre falantes com esquizofrenia portadores e não portadores de desordem do pensamento. Os pacientes diagnosticados como portadores de desordens do pensamento são os que são vistos como incapazes, ou impossibilitados, de pensar claramente.<sup>12</sup>

Na esquizofrenia, outros fenômenos agrupados sob o rótulo de alterações no raciocínio são compulsão a pensar e interceptação do pensamento – que pode ser observada quando o doente começa um assunto e subitamente se detém. Algumas vezes, o assunto é retomado um tempo depois; em outras, o assunto é completamente mudado, sem que o assunto anterior seja mencionado novamente. As perguntas e as respostas acontecem como em qualquer conversa, sendo a alteração reduzida a uma simples parada no curso do pensamento.

---

<sup>12</sup> Rochester & Martin (1979) concluíram, a partir de dados de sua pesquisa com pacientes diagnosticados como portadores de desordem do pensamento, que o que determina tal diagnóstico é o processo, e não o conteúdo do discurso do paciente. Assim, este deve necessariamente apresentar uma aberração no fluxo ou na coerência do seu discurso para receber tal diagnóstico. A pesquisa mostrou que discursos que mostram aberrações de conteúdo, mas são coerentes não levaram seus produtores a serem considerados portadores de desordens do pensamento. Outro dado interessante advindo da pesquisa de Rochester & Martin é o fato de os textos considerados por leigos como incoerentes terem sido os mesmos que levaram os psiquiatras a considerarem seus produtores como portadores de desordens do pensamento. É possível, portanto, estabelecer uma relação direta entre desordem do pensamento e incoerência.

Por fim, também pertence a esta categoria o empobrecimento do pensamento – também conhecido como alogia –, inferido pela observação da fala e do comportamento relativo à linguagem (Renna, 2003). As respostas a perguntas direcionadas aos pacientes podem ser breves e concretas, e a quantidade de fala espontânea pode ser restrita (fenômeno conhecido por alguns psicopatologistas como pobreza da fala). Ocasionalmente, a fala pode estar adequada em quantidade, mas transmitir poucas informações (fenômeno conhecido como pobreza do conteúdo da fala).

#### **f) Alterações da orientação**

Denomina-se orientação o “complexo de funções psíquicas em virtude das quais temos consciência, em cada momento de nossa vida, da situação real em que nos encontramos” (Paim, 1976). Distinguem-se, segundo este autor, quatro tipos de orientação: a orientação no tempo, no espaço, relativa à própria pessoa e ao ambiente. Os portadores de esquizofrenia podem ser acometidos por dificuldades de orientação de todas as ordens. Esta categoria está relacionada, em alguns manuais (como DSM-IV – American Psychiatric Association, 1994), ao comportamento amplamente desorganizado.

#### **g) Alterações da afetividade**

Segundo Bleuler (1950), chama-se afetividade a capacidade de experimentar sentimentos e emoções. A afetividade compreende o estado de ânimo ou humor, os sentimentos, as emoções e as paixões.

As alterações da afetividade típicas da esquizofrenia podem ser a irritabilidade patológica – considerada por Bleuler (1924) como uma predisposição especial ao desgosto, à ira e ao furor –, a apatia ou indiferença afetiva e a ambivalência afetiva, caracterizada, de acordo com Delgado (1969), como a de sentimentos opostos simultaneamente e em relação ao mesmo motivo. Quanto à apatia ou indiferença afetiva (embotamento afetivo), o que se verifica em relação à esquizofrenia, segundo Bleuler (1924), é uma alteração qualitativa dos processos afetivos, tornando os sentimentos dos indivíduos totalmente incompreensíveis para as pessoas em geral. Os doentes podem,

por exemplo, manifestar apatia e indiferença diante de situações emocionais e alegria perante acontecimentos que, normalmente, provocariam tristeza. Imprescindível salientar, conforme Bleuler, que não é possível, no entanto, a completa abolição da afetividade em nenhuma psicose – o que inclui a esquizofrenia.

#### **h) Alterações da atividade e da atenção voluntárias**

Segundo Paim (1976), um ato pode ser considerado voluntário quando é praticado com previsão e com consciência de finalidade.

Na esquizofrenia, as alterações patológicas da atividade voluntária são:

Estados de excitação: caracterizam-se pela tendência caótica dos movimentos e pela execução de atos destituídos de objetivos;

Debilidade da vontade: sob essa denominação, encontram-se a diminuição e o enfraquecimento da vontade (avolição). Na esquizofrenia, quando o doente encontra-se deprimido, ocorre indiferença afetiva e ausência de interesse pelo mundo exterior;

Estupor: segundo Bumke (1946), é o estado em que as manifestações da atividade são reduzidas ao mínimo ou, mesmo, abolidas. Configura-se diminuição ou falta completa de iniciativa e diminuição ou ausência de reação a estímulos externos;

Esteretipias: definidas por Kraepelin (1907) como a duração anormal dos impulsos motores, quer se trate da contração permanente de um certo grupo de músculos, quer na repetição freqüente de um mesmo movimento, podendo o enfermo executar um certo movimento durante meses e até anos;

Atos impulsivos: são ações isoladas, súbitas, involuntárias e desprovidas de finalidade;

Atos automáticos: segundo Jaspers (2000), consistem em atos praticados pelo indivíduo sem a interferência da vontade e sem que se tenha consciência do que está sendo feito.

Os fenômenos descritos acima são por vezes descritos, em outros manuais (como, por exemplo, CID-10, 1994), como comportamento amplamente desorganizado.

#### **i) Alterações da fala**

As alterações citadas por Paim (1976) como alterações da fala são:

Verbigerção: repetição constante de palavras ou frases pronunciadas em tom de voz monótono ou declaratório;

Mutismo: ausência de linguagem oral;

Mussitação: expressão da linguagem em voz muito baixa;

Ecolalia: repetição das últimas palavras ouvidas pelo falante com esquizofrenia, como num eco;

Esquizofasia: consiste numa profunda alteração verbal, em que podem ser observados neologismos e uso de palavras desconhecidas com sentido desfigurado;

Estereotipia verbal: repetição automática de uma palavra, sílaba ou som que se intercala entre as frases sem que haja qualquer finalidade.

A categoria das alterações da fala faz parte, em alguns manuais (CID-10, 1994; DSM-IV, 1994) do escopo das manifestações que receberam o nome de comportamento amplamente desorganizado ou catatônico.

A fim de tornar mais simples a compreensão do fenômeno complexo da esquizofrenia, alguns autores dividem os sintomas da esquizofrenia em dois grandes grupos: sintomas positivos e sintomas negativos. O conceito de sintomas positivos e negativos foi originalmente proposto por Huglins-Jackson (1931). Segundo Jackson, os sintomas positivos parecem refletir um excesso ou distorção de funções normais, enquanto os sintomas negativos parecem refletir uma diminuição ou perda de funções normais. Os sintomas positivos abarcam os delírios e alucinações e o discurso e o comportamento desorganizados. Os sintomas negativos incluem restrições na amplitude e intensidade da expressão emocional, a alogia e a avolição.

Baseada em Jackson, a descrição clínica da esquizofrenia formulada pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association, 1994), conhecida como DSM-IV e atualmente amplamente difundida, também sugere uma série de critérios diagnósticos divididos em sintomas positivos e sintomas negativos. Os sintomas da esquizofrenia descritos neste manual são:

**Sintomas positivos:** delírios; alucinações; discurso desorganizado; comportamento amplamente desorganizado ou catatônico.

**Sintomas negativos:** embotamento afetivo, alogia; avolição.

Além da observação dos sintomas, o DSM-IV aponta a observação de disfunção social/ocupacional como um outro critério para o diagnóstico da esquizofrenia. Tal disfunção se configura quando trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais são áreas em que o paciente apresenta um desempenho abaixo do esperado ou abaixo do nível em que se manifestava anteriormente à manifestação dos sintomas da esquizofrenia.

Embora tal dado não conste de grande parte dos manuais da área – certamente, pelo menos não constam nos manuais aqui resenhados –, pesquisas relativamente recentes (como Martin *et al.*, 1997; Johnson, 1988; Newcomer *et al.*, 1990) atestam a ocorrência de sintomas depressivos durante o curso da esquizofrenia. Tais pesquisas, diferentemente do que afirmavam os autores mais antigos – que a depressão se manifestava unicamente no período que se seguia à fase aguda da doença, sendo chamada de depressão pós-psicótica – concluem que estes sintomas estão presentes em todas as fases do curso da doença, apenas se tornando mais visíveis na fase do pós-surto agudo, depois do abrandamento dos sintomas exclusivos dos quadros psicóticos. A pesquisa de Green *et al.* (1990) contesta o que ensinava a literatura da área, confirmando não só que a depressão está presente em todas as fases da doença, mas também revelando que a fase em que os sintomas depressivos são mais freqüentes é exatamente a do episódio agudo de

manifestação da doença. Além disso, outros estudos (como Docherty *et al.*, 1978 e Herz & Meville, 1980) mostram que os sintomas depressivos estão entre os sintomas prodrômicos mais freqüentes que antecedem a descompensação psicótica. Dessa forma, hoje a hipótese de que os sintomas depressivos são uma parte integral da descompensação psicótica é aceita por muitos estudiosos e profissionais da área da psiquiatria. Ballone (2005) afirma que, muitas vezes, os sintomas da manifestação da depressão nos quadros de esquizofrenia são difíceis de diferenciar dos sintomas negativos da própria esquizofrenia. De acordo com este autor, entre os sintomas capazes de confundir o clínico estão a apatia, as alterações do sono e do apetite, a pobreza na socialização e a diminuição da concentração e da atenção.

Na perspectiva de Schneider (1978), os sintomas dominantes na esquizofrenia são os positivos; já na perspectiva de Bleuler (1950), o aspecto central da esquizofrenia são os sintomas negativos. Um outro ponto importante do pensamento de Bleuler foi sua divisão das esquizofrenias em vários subtipos. De acordo com ele, as esquizofrenias são um grupo heterogêneo de distúrbios que podem ser produzidas por uma variedade de fatores diferentes. Atualmente, as esquizofrenias são divididas nos seguintes tipos (CID-10, 1994): Esquizofrenia paranóide, atribuída sempre que existe uma preocupação com delírios ou quando alucinações freqüentes são proeminentes; Esquizofrenia hebefrênica, assim diagnosticada quando o que se destaca é o discurso e o comportamento desorganizados e o afeto embotado ou inadequado; Esquizofrenia catatônica, que se configura quando os sintomas proeminentes são os catatônicos; Esquizofrenia indiferenciada, definida como uma categoria residual, que inclui sintomas da fase ativa mas que não satisfaz os critérios para tipo Catatônico, Desorganizado ou Paranóide; finalmente, a esquizofrenia residual, diagnosticada quando existem evidências contínuas da perturbação, mas os critérios para os sintomas da fase ativa não mais são satisfeitos. Uma alternativa dimensional para os subtipos tradicionais de esquizofrenia é descrita no Apêndice B do CID-10. As dimensões sugeridas são a dimensão psicótica, a dimensão desorganizada e a dimensão negativa.

Nesta tese, não procedo à classificação dos pacientes por subtipo de esquizofrenia. Quando decidi realizar a pesquisa, não pedi aos psiquiatras que diagnosticaram os pacientes para fazerem tal classificação, que até então desconhecia. Além disso, não considero tal classificação necessária aos propósitos desta pesquisa, que não se pretende nem tão exaustiva, nem tão comprometida com as categorias clínicas.

Assim, a esquizofrenia é caracterizada pela presença de diversos sintomas, ora descritos como pertencentes ao escopo da cognição, ora ao da linguagem, ora ao do comportamento. Em síntese, os sintomas da esquizofrenia são os seguintes:

## QUADRO 1

### Sintomas da esquizofrenia:

#### síntese dos manuais de Psicopatologia e Psiquiatria

|                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alterações na percepção                                                                                                                |
| Alucinações                                                                                                                            |
| Alterações nos conceitos ou nas relações conceituais                                                                                   |
| Delírios                                                                                                                               |
| Discurso desorganizado (descarrilamento e/ou incoerência)                                                                              |
| Alogia (empobrecimento da fluência e da produtividade do pensamento), inferida pela pobreza da fala e pela pobreza do conteúdo da fala |
| Compulsão a pensar                                                                                                                     |
| Alterações na orientação                                                                                                               |
| Alterações da afetividade – embotamento ou inadequação do afeto                                                                        |
| Comportamento desorganizado ou catatônico (incoerente com o contexto)                                                                  |
| Diminuição da atividade voluntária (avolição)                                                                                          |
| Alterações do ritmo e tom da fala                                                                                                      |

É fundamental observar que os sintomas descritos nesta seção muitas vezes se interpenetram, podendo não haver limites claros entre eles, assim como, considerando-se um universo de alguns manuais mais importantes e estabelecendo um diálogo necessário entre eles, um sintoma é descrito em alguns, e é descrito em outro em outros termos, podendo-se inferir suas relações como de causa/conseqüência, dependendo da abordagem de cada manual. Tal constatação é respaldada por Cheniaux (2005). Em artigo em que realiza revisão dos principais livros da Psicopatologia, a autora constatou que realmente não há uma linguagem comum quanto aos conceitos e termos da psicopatologia descritiva. De acordo com ela, determinados conceitos são considerados por alguns autores e ignorados por outros, enquanto que um mesmo termo é utilizado com diferentes sentidos por diferentes autores e um mesmo conceito é designado por termos diferentes.

Quanto à descrição dos sintomas, observa-se uma novidade no DSM-IV em relação àquela feita até então (como em Paim, 1976), que se pauta em descrições com base em aspectos cognitivos e comportamentais: o DSM-VI apresenta alguns sintomas descritos em termos lingüísticos. Dessa forma, o que antes era descrito como desordem do pensamento é descrito como discurso desorganizado. Tal diferença se explica: como o meio pelo qual os clínicos apreendem muitos dos sintomas é a sua descrição verbal pelos pacientes, alguns autores preferem designá-los como o fenômeno observado na linguagem. Afirmar que o discurso ser desorganizado implica no pensamento ser desorganizado explicita uma visão de que a linguagem é o reflexo direto do pensamento – quando se sabe que essa relação não é direta, já que também usamos a linguagem fundamentalmente para nos comunicarmos. Assim, parece ser mais demonstrável cientificamente um discurso desorganizado que um pensamento desorganizado.

Em Rochester & Martin (1979), os autores examinam como as falhas discursivas vieram a ser denominadas de “desordens do pensamento”. Este termo é discutido e criticado pelos autores, que situam sua existência como construto da teoria Psicolingüística. Nessa teoria, a fala é vista como reflexo direto da cognição. Os autores concluem que o que está no cerne da confusão e da circularidade entre os termos fala incoerente (ou discurso desorganizado) e desordem do pensamento é o fato de que a pesquisa do uso da linguagem na esquizofrenia foi, durante muito tempo, um microcosmo da Psicolingüística. Dessa maneira, dizem os autores, seria natural a dificuldade de lidar com e de descrever o fenômeno da esquizofrenia em termos lingüísticos.

Mesmo Bleuler (1950) – apesar de uma leitura menos atenta poder sugerir o contrário – não propõe que a linguagem seja tomada como a imagem refletida do pensamento. Como ele mesmo observa, a fala dos pacientes pode ser confusa e, ao mesmo tempo, seus pensamentos serem lógicos; reversamente, seus pensamentos podem ser ilógicos e sua fala ser lógica: dizer que um falante é incoerente deve significar somente que não se pode compreendê-lo. Dessa forma, Rochester & Martin (1979) observam que trabalhar com o conceito de desordem do pensamento é problemático, pois ele

é baseado em uma inferência feita a partir da fala, não do pensamento. Além disso, o diagnóstico de um paciente como portador de tal desordem é feito com base na experiência do ouvinte, tomando como referência seu conceito de confusão – não significando necessariamente que todos os ouvintes estejam impossibilitados de compreender esse mesmo discurso. Apesar de o próprio formulador do conceito de esquizofrenia não defender tal ponto de vista, os psiquiatras que vieram a trabalhar baseados na sua definição, de meados da década de 30 até os dias de hoje vêem linguagem e pensamento como indissociáveis, o que os leva a denominar as desordens da linguagem como desordens do pensamento.

Segundo Rochester & Martin (1979), são dois os pontos que levam um psiquiatra, na prática clínica, a diagnosticar um paciente como portador de desordem do pensamento: a) se o clínico percebe uma confusão e não consegue acompanhar o que o paciente está dizendo e b) se o clínico percebe no discurso do paciente os eventos descritos por Bleuler e seguidores: obviamente, também estes resultaram dos esforços de Bleuler para explicar sua própria confusão. As descrições e categorias abstratas de Bleuler foram posteriormente reificadas por seus seguidores, que em geral as aceitaram sem ter havido um questionamento sobre seu caráter especulativo.

Dessa maneira, percebe-se que a descrição clínica dos distúrbios e das categorias diagnósticas apresenta conceitos relacionados à linguagem e conceitos relacionados à cognição, sem uma justificativa para tal mistura – o que os torna comumente confusos e abstratos. Visando a uma maior especificidade das categorias e conceitos clínicos, vêm sendo feitos vários trabalhos com enfoque na linguagem dos portadores de esquizofrenia, como veremos a seguir.

### 1.3) A linguagem na esquizofrenia

Segundo Fine (2006), há uma relação necessária entre linguagem e desordens psiquiátricas, uma vez que estas são largamente caracterizadas pela fala dos indivíduos, tanto na comunidade onde alguma atipicalidade<sup>13</sup> foi primeiramente notada quanto no ambiente clínico, onde são feitos os diagnósticos. Dessa forma, vários estudos com enfoque na linguagem na esquizofrenia tentaram descrever e especificar quais aspectos da linguagem são problemáticos na fala dos portadores desse distúrbio. Alguns desses estudos sugerem que os problemas lingüísticos são decorrentes de fatores não-lingüísticos, como anomalias no pensamento (Brown, 1973; Fromkin, 1975) ou deficiências no processamento da informação (como Frith, 1995). À parte as controvérsias, há um acordo por parte dos autores de que a linguagem dos falantes com esquizofrenia é caracterizada por desordens na coesão (Rochester & Martin, 1979), pela complexidade sintática reduzida (Morice & Ingram, 1983; Morice & McNicol, 1986) e por produção verbal e orações encaixadas em quantidade reduzida (DeLisi, 2001).

A revisão da literatura da área de linguagem e esquizofrenia mostra um grande número de metodologias usadas nas pesquisas. As unidades de análise variam desde o nível puramente lexical (como em Maher, 1972), até chegar aos estudos com foco no texto e nas narrativas (Rochester & Martin, 1979; Chaika & Lambe, 1985; Ribeiro, 1994; Wodak & Van de Craen, 1987).

Muitos autores consideram que o problema lingüístico primário na esquizofrenia está na área da pragmática. Mesmo os autores mais antigos, da área de Psicopatologia, como Bleuler (1950), afirmaram que pode haver uma considerável quantidade de fala, mas que, no entanto, não tem a função de transmitir nada, nem de se comunicar com o ambiente.

Situemos a questão historicamente (seguindo Blumenthal, 1970, e Rochester & Martin, 1979). Do fim do século XIX à década de 1920, quando houve um fortalecimento da psicologia da linguagem, configurou-se um grande interesse pela linguagem natural. De 1920 a 1960, estes estudos declinaram. A partir daí, o interesse maior foi voltado para os estudos de condicionamento. A

---

<sup>13</sup> Atipicalidade é um termo do campo da Psiquiatria.

linguagem era vista como um meio de entender outras questões. Como a teoria em voga era o Behaviorismo<sup>14</sup>, acreditava-se que o uso da linguagem deveria ser tratado como um comportamento como outro qualquer, e visto também dentro de um enquadre de estímulo-resposta. Os que estudavam a linguagem diziam que estudavam comportamento verbal. Estes trabalhavam com a premissa de que nada é exclusivo da linguagem, uma vez que o uso lingüístico era visto como comportamento (como tantos outros) aprendido; a unidade de análise que estava em foco nestes estudos era a palavra. Os estudos de comportamento verbal, que foram feitos da década de 1920 à década de 1960, podem ser considerados os fundamentos da Psicolingüística, que até então era praticamente inexistente.

Os estudos experimentais, herdeiros do Behaviorismo, podem ser divididos em dois tipos: investigações sobre as capacidades de processamento da informação e investigações sobre habilidades psicolingüísticas, em que as tarefas verbais são usadas para o estudo do processamento da linguagem.

Chapman & Chapman (1973) informam que, nos trabalho do primeiro tipo, é medida a habilidade do paciente para responder a estímulos. Tais estímulos são, às vezes, palavras apresentadas isoladas ou em listas e, às vezes, palavras-alvo apresentadas em frases. Muitos testes também apresentavam seqüências de palavras com lacunas a serem preenchidas. O processamento é inferido pelo reconhecimento e compreensão de períodos inteiros, e não de palavras isoladas.

Há pelo menos duas dificuldades com os estudos de respostas verbais. Uma delas é o fato de que não informam sobre o uso real da linguagem, uma vez que os experimentos são feitos em laboratório, mapeiam apenas habilidades específicas – e não uma habilidade geral para usar a informação –, e que as tarefas propostas podem não ser representativas das operações lingüísticas exigidas no uso cotidiano da linguagem; a outra dificuldade é que os estudos de respostas verbais podem induzir erroneamente a afirmações sobre o processamento da informação.

Já os estudos do segundo tipo (investigações sobre habilidades psicolingüísticas), que começaram a ser desenvolvidos após os primeiros

---

<sup>14</sup> Segundo Watson (1913), o behaviorismo é, em linhas gerais, o estudo do comportamento observado.

terem se estabelecido, apresentavam premissas em certa medida iguais e em certa medida diferentes das anteriores. O aspecto da semelhança era devido ao fato de serem também herdeiros diretos do Behaviorismo; o diferente era que as considerações que levam em conta a Biologia passaram a ser consideradas de algum interesse. O uso lingüístico ainda era visto como um comportamento; no entanto, passou a ser visto como um comportamento especial, que deveria ser estudado em seus próprios termos. Em vez das palavras, o foco de tais estudos estava nos traços sintáticos das orações e períodos.

Tanto os estudos do primeiro quanto os do segundo tipo sugerem que os portadores de esquizofrenia não apresentam falhas no uso de estruturas sintáticas; ou seja, a sensibilidade para a estrutura sintática permaneceria intacta.

Uma limitação das pesquisas experimentais é que, como eram feitas considerações sobre o portador de esquizofrenia no papel de ouvinte (uma vez que tais pesquisas requeriam apenas indicações de palavras isoladas ou respostas em testes de múltipla escolha) e não no de falante, não é possível estabelecer uma relação necessária entre um e outro papel. Ou seja, não é possível afirmar com certeza que o que foi descoberto sobre a escuta e o processo cognitivo subjacente do portador de esquizofrenia pode ser aplicado ao seu discurso e processo cognitivo subjacente.

Dessa maneira, fica claro que os estudos experimentais interessavam-se pelos usuários da linguagem no papel de ouvintes e pelos processos mentais que subjazem a percepção, memória e compreensão de palavras e períodos. Em relação à esquizofrenia, a meta era caracterizar as operações mentais dos seus portadores.

Ainda na década de 1950 e no começo da seguinte, as premissas eram extremamente behavioristas. A partir daí, começou a tomar corpo a idéia de que o paradigma behaviorista não é indicado para lidar com a linguagem natural, uma vez que esta é reduzida a hábitos condicionados – quando se sabe que o fenômeno é muito mais complexo.

Assim, nesta época começaram a ser desenvolvidas pesquisas naturalísticas, que floresceram a partir da década de 60, e tinham como meta, em última instância, de acordo com Rochester & Martin (1979), compreender

os processos cognitivos relacionados à produção verbal do falante com esquizofrenia. A meta mais imediata era descrever estes processos.

De acordo com Rochester & Martin (1979), os estudos naturalísticos são divididos em análises de conteúdo e estudos clínicos. A análise de conteúdo é um método de fazer inferências do texto em relação à sua fonte. As análises consideradas de conteúdo são aquelas em que são usados procedimentos metodológicos para fazer inferências sobre falantes com esquizofrenia a partir de suas produções faladas ou escritas. Ou seja, são procedimentos refinados para categorizar o uso lingüístico na esquizofrenia, enquanto que estudos clínicos são descrições iniciais dos falantes com esquizofrenia que podem ser desenvolvidos até uma análise do conteúdo.

No caso das análises de conteúdo, os traços do corpus analisado são, em larga medida, aspectos do conteúdo. Rochester & Martin apontam problemas em relação à análise do conteúdo: as categorias criadas para descrever o conteúdo parecem coincidir em alguns pontos e incluem uma diversidade de fenômenos que ensejam tipos e parâmetros diferentes de julgamento por parte do analista; com tudo isso, normalmente, as categorias são difíceis de justificar teoricamente. No caso da análise de conteúdo de um corpus com produções de falantes com esquizofrenia, as categorias formuladas para descrevê-lo não precisam ter uma relação necessária com os construtos teóricos – o que muitas vezes é alvo de questionamento adicional. Outro ponto que dificulta a justificativa teórica das análises de conteúdo é, segundo Rochester & Martin, o fato de elas normalmente intuírem o conteúdo, e não analisá-lo. Os autores referiam-se, então, à pouca disseminação das técnicas de análise por computador, que levam em conta descrições mais exatas e quantificadas. Eles atribuíram ao desenvolvimento de técnicas computacionais para a análise de textos o valor de terem feito a distinção entre a intuição e a análise empírica e fundamentada. Com o seu uso, as categorias deixam de ser baseadas apenas na intuição, no conhecimento lingüístico e na habilidade pragmática.

Já os estudos clínicos podem ser divididos em observações controladas por psiquiatras e análises descritivas realizadas por lingüistas ou afasiologistas. As primeiras interessam-se pela expansão e refinamento das categorias diagnósticas de Bleuler. Clínicos estão interessados na personalidade dos

portadores de esquizofrenia e na causa da doença. Dessa forma, delineia-se um problema: como o foco não é exatamente a linguagem, as descrições clínicas do fenômeno lingüístico mostravam-se, no geral, muito elusivas, metafóricas e pouco sistemáticas e objetivas. As críticas mais comuns a estes trabalhos são a de ainda descreverem somente o que os portadores de esquizofrenia não podem fazer, uma vez que não há preocupação com sua performance geral, e a de as categorias serem derivadas de decisões pouco especificadas dos analistas.

As análises descritivas por lingüistas e afasiologistas<sup>15</sup>, cujos expoentes na Lingüística são Andreasen (1979) Chaika (1974); Chaika & Lambe (1985) e Victoria Fromkin (1975) preocupam-se com o estudo da esquizofasia, que é um comportamento lingüístico desviante observado em alguns portadores de esquizofrenia. A própria criação do termo foi fruto das tentativas destes estudiosos de objetivar e descrever o fenômeno que caracteriza o uso desviante da linguagem dos falantes com esquizofrenia.

Os afasiologistas têm como questão central descobrir se a linguagem dos pacientes com esquizofrenia reflete realmente uma afasia. Em geral, as análises descritivas são eficazes para descrição de pacientes individualmente. Tais pesquisas foram importantes para as descobertas de que nem todos os pacientes esquizofrênicos são esquizofásicos, e de que nem todos os pacientes esquizofásicos são esquizofásicos todo o tempo.

Rochester & Martin afirmam que quando os trabalhos naturalísticos eram feitos com falantes normais, o objetivo imediato era capturar as propriedades distributivas do corpus; um jeito usual de fazê-lo era formular quadros de regras ou padrões que caracterizam as propriedades essenciais do corpus.

Já quando eram feitos com falantes com esquizofrenia, a meta era, salvo algumas exceções, capturar os traços lingüísticos considerados desviantes, diferentes do normal, e não descrever as proposições como um todo. O foco estava nas falhas, e não na performance total do falante. Como consequência

---

<sup>15</sup> A afasia é descrita como “a perda da linguagem causada por lesão no sistema nervoso central que, na maior parte das vezes, ocorre do lado esquerdo do cérebro. Os quadros de afasia são muito variados. Vão desde a dificuldade de articular bem as palavras até a perda total da linguagem oral e da capacidade de traduzir conceitos em palavras e de simbolização”. Disponível em [http://drauziovarella.ig.com.br/arquivo/arquivo.asp?doe\\_id=132](http://drauziovarella.ig.com.br/arquivo/arquivo.asp?doe_id=132), acessada em 01/06/08. Afasiologistas são os estudiosos da afasia. A esquizoafasia é caracterizada quando a afasia é manifesta em portadores de esquizofrenia.

desta abordagem, Rochester & Martin observam que foi desenvolvida uma compreensão unilateral do discurso do falante com esquizofrenia. Eventos ou comportamentos vistos como bizarros foram descritos com grande grau de detalhamento, mas não foram produzidas descrições globais do corpus do falante com esquizofrenia. “Esquecendo estas descrições, pode-se saber apenas que em alguns falantes esquizofrênicos, determinadas categorias de comportamento desviante ocorrem em algumas ocasiões” (Rochester & Martin, 1979:25).

No entanto, os autores encontram explicação para tal abordagem: como estes estudos foram desenvolvidos por quem trata os pacientes, e não por quem conduz experiências, a preocupação era com a identificação de problemas dos pacientes e com o progresso alcançado através do tratamento.

Com isso, podem-se delinear algumas premissas dos estudos naturalísticos que, diferentemente dos experimentais, não são herdeiros da tradição behaviorista, mas da tradição clínica. O portador de esquizofrenia é analisado em seu papel como falante; os contextos escolhidos para estudar a linguagem são clínicas ou hospitalares; a meta é identificar os pacientes esquizofrênicos ou os traços discursivos que levam os clínicos a diagnosticar a esquizofrenia; as descrições do uso lingüístico recomendadas são listas de características que distinguem os falantes com esquizofrenia dos demais falantes.

Já nas décadas de 80 e 90, foram várias as pesquisas com enfoque na linguagem na esquizofrenia. Dentre as de maior destaque, estão Chaika & Lambe (1985), em que foram observados fatos atípicos na linguagem de falantes com esquizofrenia nos níveis fonológico, sintático, semântico e discursivo, e Chaika (1990), que apresenta uma abordagem mais abrangente do discurso na esquizofrenia. Nesta obra, a autora afirma que, neste discurso, podem ser observadas alterações em vários níveis, como o fonético, o lexical (no que tange à presença de neologismos), o sintático, o discursivo (no que tange às associações por som e à rede de associações) e os processos de perseveração (repetição) e intrusão (que seria uma espécie de pular de um tópico para outro sem aviso prévio).

Segundo Chaika, esses distúrbios, em seus vários níveis, ocorrem devido a falhas na competência lingüística e à intrusão de material irrelevante, resultando em impossibilidade de ordenação e organização do material lingüístico. Quanto ao problema da interpretação do ouvinte, a autora o vê como uma dificuldade de criar uma representação mental do que é ouvido – uma vez que os falantes com esquizofrenia falham no envio de sinais que ajudem nessa tarefa.

Ribeiro (1994) é obra da maior importância para os estudos da linguagem na esquizofrenia, sendo citada por todas as obras recentes que se propõem a fazer um percurso histórico dos estudos sobre este tema. Tal obra funda-se no arcabouço da Sociolingüística Interacional (especialmente Goffman, 1974, 1981; Gumperz, 1982; Schiffrin, 1989). Nesse trabalho, a autora pesquisou a maneira como pacientes psicóticos<sup>16</sup> constroem a coerência de seu discurso, em entrevistas psiquiátricas. A autora analisou um corpus constituído por duas entrevistas médico-paciente, realizadas em um hospital psiquiátrico. A mesma médica conduziu as duas entrevistas com a mesma paciente: a primeira delas foi feita dois dias após a hospitalização da paciente – que foi então diagnosticada como estando em crise psicótica aguda – e a outra, dezenove dias após a primeira. Na segunda entrevista, a paciente foi considerada plenamente recuperada e pronta para receber alta do hospital.

De acordo com Ribeiro, o comportamento verbal e o comportamento não-verbal da paciente foram atípicos na entrevista de admissão. Assim como Goffman (1974), ela analisa tais comportamentos como simplesmente uma prática atípica de *framing*<sup>17</sup>.

Ribeiro observou que, freqüentemente, as respostas da paciente foram indiretas e inconclusivas: os tópicos conversacionais mudaram sem que isso fosse negociado com o interlocutor. A autora afirma que, como o médico raramente ratifica estes tópicos, a coerência do discurso se “quebra” (p. 12) em diferentes níveis. As regras de troca de turno, por exemplo, em geral não foram

---

<sup>16</sup> Na pesquisa de Ribeiro, a autora não subdividiu os tipos de psicose.

<sup>17</sup> O termo *frame* foi introduzido nas ciências sociais, em 1972, por Bateson (1981). Posteriormente, em 1974, Goffman retomou o conceito de *frame* para tentar explicar os vários tipos de compreensão que os falantes, numa interação, têm da situação. Assim, quando o falante muda o quadro de referência, é como se mudasse também o enquadramento da situação, como um fotógrafo frente ao objeto – ou seja, diz-se que ele troca também de *frame*.

seguidas pela paciente. De acordo com Ribeiro, na estrutura da ação (seqüência de atividades que caracterizam um gênero do discurso) não há uma seqüência de ações esperadas, que possam prontificar um observador a caracterizar a interação como uma entrevista médico-paciente (por exemplo, as perguntas do médico freqüentemente ficam sem resposta). Finalmente – num ponto de interseção com Fine (2006) e Rochester & Martin (1979) –, segundo Ribeiro, outro nível lingüístico em que puderam ser observadas alterações no discurso da paciente é o conteúdo proposicional, uma vez que ela falha ao fazer referência ao que está sendo dito, ignorando muitas vezes os tópicos introduzidos pela médica e apresentando a ela referentes pouco claros, que não a ajudam a identificar do que exatamente se está falando.

Tendo analisado todos esses pontos, Ribeiro – situando o conceito de *frame* como central para a compreensão de contextos que emergem da fala e da interação – sugere que o discurso psicótico tem uma coerência própria. Para a autora, tal discurso pode ser segmentado em vários *frames* diferentes, que podem ser realidades internas propostas pelo paciente. Ela afirma que estas realidades internas são freqüentemente encaixadas em contextos de realidades exteriores propostos pelo médico, gerando múltiplos encaixes de *frame*. Ainda segundo Ribeiro, o falante sinaliza uma metamsagem diferente dentro de cada *frame*, que indica o tipo de interação que ele acredita estar acontecendo naquele momento. Em cada um destes *frames*, também estão representadas experiências anteriores do falante, bem como suas expectativas sobre pessoas, objetos e situações.

Caplan (1996), em obra também muito referida por estudos posteriores, analisou a fala de crianças diagnosticadas como portadoras de esquizofrenia e afirma que os distúrbios na linguagem desses falantes comprometem seriamente a comunicação. Ele também vê esses distúrbios como ocorrendo em vários níveis, e os divide em distúrbios macroestruturais (que ocorrem no plano comunicativo considerado no todo), microestruturais (referentes ao uso inadequado de palavras e períodos) e pragmáticos (que dizem respeito ao uso social da linguagem, como inapropriações no nível de formalidade, mudanças de turno e outros). Caplan postula que muitas características discursivas não estão associadas a desordens de pensamento, embora sinalize que pode

haver problemas no que concerne ao processamento da informação. No nível macroestrutural, Caplan chegou aos achados de que há pouca manutenção do tópico conversacional e raciocínio inadequado e, no nível microestrutural, ele relatou problemas nas sinalizações lingüísticas que indicam ligação de “períodos contíguos e vizinhos” (p.173) – ou, em termos sistêmicos, problemas na cadeia coesiva.

Meilijson *et al.* (2004) abordaram a performance lingüística de falantes com esquizofrenia crônica. Neste estudo, os autores examinaram a linguagem de 43 participantes com esse diagnóstico, com intuito de obter um perfil geral das habilidades pragmáticas dos falantes. Os resultados mostraram que os falantes com esquizofrenia exibem um alto grau de habilidades pragmáticas inapropriadas. Estes falantes apresentaram um perfil específico de inapropriedade pragmática, que difere do dos demais grupos. Os autores observaram cinco itens: tópico, atos de fala, tomada de turnos<sup>18</sup>, léxico e aspectos não-verbais. Os resultados foram então discutidos em termos de implicações diagnósticas e para a área da Pragmática.

Compete lembrar que os autores não encontraram diferenças de respostas entre os falantes nativos e os não-nativos, nem entre os de sexo feminino e os de sexo masculino. Chama a atenção o fato de os falantes com esquizofrenia não terem mudado o comportamento pragmático quando interagiram com familiares e com não-familiares. Não obstante, quando interagiram com o segundo grupo, eles apresentaram maiores dificuldades com o tópico da conversa e com as tomadas de turno. No que concerne a aspectos não-verbais, os dados da pesquisa mostraram que os participantes com esquizofrenia têm dificuldade na compreensão e performance de gestuais apropriados quando usam a linguagem no contexto. Quanto às pausas na fala, esses participantes apresentaram pausas mais longas que os demais.

O tópico conversacional foi apresentado na pesquisa como o ponto de maior dificuldade para os pacientes com esquizofrenia – especialmente as trocas de tópico, seguidas da sua manutenção. O tópico foi o único item de

---

<sup>18</sup> Estes termos pertencem ao escopo de estudos da Pragmática, e podem ser detalhados em várias obras escritas na área, como em LEVINSON (1983).

análise que apresentou inapropriedade por mais da metade dos falantes com esquizofrenia.

Resultados da pesquisa de Meilijson *et al.* (2004) mostram que os falantes com esquizofrenia diferem quanto à performance lingüística. Os autores frisam a existência, entre esses falantes, de um grupo que apresenta problemas mínimos – que corresponderam a 50% dos participantes de sua pesquisa. Eles atentam para o fato de que a existência de falantes com esquizofrenia que apresentam problemas mínimos foi também reportada em numerosos estudos (como em Fromkin, 1975). Apesar de a terminologia não ser a mesma, pode-se constatar que o grupo com problemas mínimos corresponda ao dos esquizofrênicos não portadores de desordens do pensamento referidos por alguns autores, como Rochester & Martin (1979).

A seguir, apresento os trabalhos sobre linguagem na esquizofrenia que foram feitos dentro do enquadre da Lingüística Sistemico-Funcional, teoria eleita para embasar as análises desta tese. Para que o leitor possa compreender tal abordagem, faz-se necessária a apresentação dos fundamentos teóricos da Lingüística Sistemico-Funcional.

## 1.4) A escola firthiana

Como arcabouço teórico-metodológico, utilizo nesta tese a Lingüística Sistemico-Funcional de Halliday e seguidores e as contribuições da Lingüística de Corpus.

Aliar uma e outra não foi aleatório: ambas seguem a escola firthiana, corrente da Lingüística cujos alicerces foram estabelecidos por Firth (1935). Este autor propunha que o significado completo de uma palavra só pode ser apreendido quando o contexto em que foi produzido é levado em consideração.

Firth concentrou-se em temas como a obtenção de técnicas contextuais e sociológicas para o estudo do significado e a necessidade de um trabalho textualmente orientado, baseado em um corpus significativo. Estas idéias acabaram por tornar-se uma tradição lingüística. Monaghan (1979) a intitula “tradição neo-firthiana”. A tradição neo-firthiana seria não propriamente uma teoria de linguagem, mas uma “escola” em que “estudiosos compartilham áreas de interesse comuns, uma mesma terminologia e maneiras comuns de enxergar os problemas da língua” (Monaghan, 1979, p. 6).

Em linhas gerais, como pode ser visto em Berber Sardinha (2004), os neo-firthianos são denominados empiristas, uma vez que utilizam métodos empíricos na construção do conhecimento, através da experiência e do exame da língua em situação real de uso. A escola neo-firthiana (e, por extensão, a Lingüística Sistemico-Funcional e a Lingüística de Corpus) é, portanto, uma abordagem empirista da linguagem – que é vista como um sistema probabilístico. Quando se fala em empírico, o que se quer significar é que aos dados obtidos *a posteriori*, oriundos da observação da linguagem, é dada primazia. Para os empiristas, o foco está no desempenho lingüístico, no comportamento lingüístico em situações reais de uso.

Quando se diz que a linguagem, na escola firthiana, é vista como sistema probabilístico, o que significa é que a língua é vista mais como uma questão de probabilidade que de possibilidade: ou seja, embora muitos traços lingüísticos sejam possíveis teoricamente, há mais probabilidade de serem encontrados em certos contextos que em outros – há até mesmo a possibilidade de não serem encontrados de fato. Os neo-firthianos destacam o fato de essas diferenças de probabilidade de ocorrência nos vários textos não

serem fortuitas ou aleatórias.

Na visão de Firth, podem ser observadas correspondências entre as características lingüísticas e as características contextuais. Segundo Monaghan (1979), o trabalho de Malinowski (2000) foi uma das influências principais para Firth. Malinowski foi um dos pioneiros a considerar a linguagem um fato social, um modo de ação. O conceito de “contexto de situação”<sup>19</sup>, emprestado de Malinowski, é utilizado por Firth e definido por Monaghan como “um grupo de categorias abstratas relacionadas a traços relevantes da interação.” (1979: 185). O contexto passa a ser visto como parte indissociável da linguagem: “O foco de atenção é o significado do ato de fala no contexto” (:184). O contexto de situação revela, com o auxílio da linguagem, o significado. Uma das principais implicações do advento do conceito de contexto de situação é que o texto passa a ser a unidade de estudo do significado, em detrimento do período. Para examinar o significado de um texto, Firth – e, posteriormente, Halliday – propõe a divisão do significado em várias funções da linguagem, que seriam inerentes a todos os textos. O significado do texto, então, estaria disperso em uma série de níveis.

Apesar de não aludir ao trabalho de Firth, em 1958, Hill<sup>20</sup> (*apud* Stubbs, 1996) defende idéias bem semelhantes, como a necessidade de estudar a linguagem através de coleções de textos, e não de maneira isolada. Segundo Stubbs, o modelo de “texto-produção-recepção” – que prega que o significado de um texto depende pelo menos de três fatores: da linguagem do texto, de quem o produz e de quem o recebe – é a maneira de pensar sobre a linguagem e a interpretação defendida pelos perpetuadores da tradição firthiana.

Ainda de acordo com Stubbs (1996), o modelo em questão enfatiza que os textos são interpretados diferentemente em diferentes períodos históricos e em diferentes contextos culturais. Os seguidores de Firth defendem que os significados e interpretações são mediados por instituições sociais. A noção de uma lingüística institucional, cujas raízes encontram-se já nos citados trabalhos de Firth e Hill, esclarece a relação essencial entre a análise textual e a institucional, enfocando o fato de que os textos e os gêneros do discurso têm

<sup>19</sup> Segundo Malinowski, há também o “contexto de cultura”, mais amplo, que abarcaria “contextos de situação”. Tal conceito será melhor explicado na seção seguinte.

<sup>20</sup> Hill, T. Institutional Linguistics. *Orbis*, 7, 1958, p. 441-455.

estabilidade por causa do poder das instituições sociais nas quais eles são usados, e que estas “são sempre definidas e mantidas por causa de tipos particulares de textos”<sup>21</sup> (Stubbs, 1996:59). Vamos, agora, às especificidades da Lingüística Sistêmico-Funcional.

### **1.5) A Lingüística Sistêmico-Funcional**

Na Lingüística Sistêmico-Funcional (LSF), cujo fundador é o lingüista Michael Halliday, a linguagem é entendida como um “sistema de sistemas, formulado como um conjunto de sistemas de traços lingüísticos, ligados em redes, que organizam as co-seleções opcionais e obrigatórias desses traços” (Pedro, 1997:31). Na LSF, a linguagem é entendida como um sistema de sinalização usado para produção de significados, gerados sempre na interação com o contexto (Martin, 1992).

O sistema lingüístico é tido como um sistema paradigmático: uma vez que o sistema oferece vários recursos, mesmo que limitados, há possibilidade de se frasear algo de mais de uma maneira para a expressão de significados semelhantes (Fine, 1994). Isso significa que onde há possibilidades, sempre há escolhas, que são sempre significativas. Escolher entre uma ou outra possibilidade significa expressar um ou outro significado – mesmo que a diferença seja sutil. Muitas vezes, a sutileza e a ambigüidade podem ser o objetivo desejado pelo falante.

Para produzir significação, o sistema lingüístico é estruturado em vários sistemas, ou estruturas, que são (Martin, 1992): a) a estrutura do som – que produz significado através das seqüências de sons, formando palavras; b) a estrutura das palavras e da gramática (em LSF, léxico-gramática), que produz significado através da ordenação e da combinação das palavras e estruturas de determinadas maneiras e c) a estrutura do discurso, que produz significado pela ordenação de seqüências de orações em textos orais ou escritos.

---

<sup>21</sup> O autor usa “tipo de texto” como sinônimo de gênero do discurso, e sua perspectiva é a de análise textual baseada em gêneros do discurso mais do que em registro, perspectiva que também adoto neste trabalho.

A parte funcional da abordagem sistêmico-funcional foca os significados, enquanto que sua parte sistêmica se refere a como as diferenças de significados são descritas (Fine, 2006).

De acordo com Halliday (1994), há sempre um potencial de ações estabelecido pela sociedade (em outras palavras, possibilidades do que pode ser feito socialmente). A linguagem opera dentro deste potencial de “poder fazer”, e provê os falantes com potenciais de significados. Tais potenciais de significação são realizados por palavras e estruturas (léxico-gramática). A possibilidade de algo ser dito é guiada pelas normas da comunidade de fala, bem como pelos papéis dos falantes na comunidade<sup>22</sup>. Alguns significados são mais facilmente fraseados na linguagem, enquanto que outros recorrem a fraseados mais elaborados. A língua é vista, então, como um recurso de construção de significados.

As porções de linguagem que os falantes ouvem ou lêem é sempre vista por eles como um texto: dessa maneira, os falantes relacionam o texto ao contexto no intuito de fazer sentido do que ouviram ou leram. Esse significado só pode ser construído de forma eficaz quando se considera o contexto em que foi produzido. Analogamente, os produtores de textos os constroem usando as estruturas e o potencial de significação disponibilizado pelo sistema da linguagem. Tudo isso, é importante frisar, sempre é feito em função do contexto em que ocorre todo o processo.

Em resumo, os falantes produzem significados no contexto, usando os recursos de significação presentes na linguagem. Significados semelhantes podem ser expressos de diferentes maneiras, usando meios diferentes.

Na LSF, tal qual para Firth e seus demais seguidores, a linguagem é vista como uma questão mais de probabilidade que de possibilidade. Também como Firth, Halliday concebe o texto como a unidade semântica por excelência. Aludindo a Malinowski, o texto, na LSF, é definido como “qualquer exemplo de língua viva que toma parte em um contexto de situação” (Halliday & Hasan, 1989:10). O texto é, ainda, considerado um evento interativo, uma troca social

---

<sup>22</sup> Conceito abstrato que significa basicamente, de acordo com Fine (2006), um grupo de falantes que interagem entre si, criando padrões típicos de interação e uso lingüístico.

de significados: “a relação entre texto e contexto é dialógica; o texto cria o contexto da mesma maneira que o contexto cria o texto” (Halliday & Hasan, 1989:47). Dessa maneira, o significado surgiria da tensão, do ponto de contato, entre o texto e o contexto.

Na LSF, considera-se que há padrões de significado em um nível que estaria, em termos abstratos, acima do lingüístico. Grosso modo, estes padrões são a cultura, o gênero, a situação e o registro.

Nesta visão, cultura e situação são categorizadas como tipos de contexto: o de cultura (que diz respeito a padrões de organização social e de comportamento em uma cultura) e o de situação (que diz respeito a padrões de interação social em uma situação), ambos realizados sob a forma de padrões discursivos em um texto (Martin & Rose, 2007). Os textos, portanto, carregam influências do contexto em que foram produzidos, e ajudam a dar forma a esse contexto, numa relação dialógica.

Os gêneros do discurso, primeiro conceitualizados por Bakhtin (2003), estão ligados ao contexto de cultura – na medida em que a cultura gera os processos sociais – e podem ser definidos como padrões típicos de atividades (que incluem, em alguma medida, atividades verbais) reconhecidos em uma sociedade (Martin & Rose, 2007). Dito de outra forma, os gêneros do discurso são a maneira como a linguagem é organizada para alcançar tais processos sociais.

A situação pode ser entendida como as circunstâncias relacionadas a cada interação, que se originam nos processos sociais. Um quadro limitado de fatores situacionais é relevante, ou determinante, para a comunicação. O contexto de situação, então, pode ser visto como a situação imediata da interação, considerando-se os aspectos circunstanciais relevantes. A cada contexto de situação está relacionado um tipo de registro, que é constituído pela composição de três aspectos, chamados de variáveis contextuais: campo, relações e modo.

Nas palavras de Halliday e Hasan, o registro, que se manifesta no texto por meio de traços lingüísticos – sejam eles fonológicos, lexicais, gramaticais, locucionais ou discursivos – é “uma configuração de significados que são

tipicamente associados a uma configuração particular de campo, modo e relações” (Halliday & Hasan, 1989: 38-39).

O registro se relaciona com a organização da situação ou do contexto, e o gênero se relaciona à organização da cultura e dos propósitos sociais em torno da linguagem (Swales, 1990).

De acordo com Halliday (1994), o modo corresponde ao modo de apresentação do texto (escrito, oral, escrito para ser falado, dentre outros). Esta variável diz respeito ao papel que a linguagem em si desempenha na situação, e é por si só produtora de significação: o canal de comunicação, por exemplo, pode afetar em larga medida o tipo de mensagem que será criado e a maneira como ela será formulada, recebida e interpretada.

O campo corresponde ao tópico da situação, à natureza da ação social, ao tipo de atividade social que está sendo realizada na interação mediada pela linguagem. De acordo com Martin (1992) e Fine (2006), o campo representa o foco institucional, que conduz ao conteúdo da interação.

As relações correspondem à relação social entre os membros da interação (envolvendo um *continuum* da menos formal à mais formal), seu papel e seu status (Halliday, 1994). Os papéis dos falantes na interação são associados a certas configurações de significados. A própria escolha de seguir ou não à regra o comportamento lingüístico e social esperado para cada papel social em relação ao interlocutor é ela própria geradora de significado.

Dessa maneira, campo, relações e modo podem ser definidos como cadeias semióticas que são tipicamente relacionadas a situações específicas, que por sua vez são engendradas por gêneros que têm sua origem na cultura.

Na relação entre texto e contexto de situação, Halliday identifica três tipos principais de funções da linguagem (ou metafunções): ideacional (subdividida em lógica e experiencial), interpessoal e textual. Essas três funções estão ligadas, respectivamente, às variáveis do registro “campo”, “relações” e “modo” (Halliday & Hasan, 1989: 24-29).

A metafunção interpessoal é realizada no texto pelo sistema do modo, que é o recurso gramatical usado para expressar um movimento interativo no diálogo. Esse sistema, de acordo com Halliday (1994), revela o grau de

engajamento do produtor do texto em relação ao conteúdo por ele expresso. A linguagem é entendida como troca, que constrói a interação e a negociação de significados entre falantes.

Dessa maneira, a essência do significado interpessoal está em como o falante se relaciona com o conteúdo proposto (o significado ideacional). Tal relação é dependente de vários fatores, como o tipo de interlocutor e da relação que existe entre este e o falante, bem como a motivação do falante em dizer tal proposição para o interlocutor, ou seja, o que o falante intenta conseguir quando expõe ao interlocutor o conteúdo da fala dita.

Parafraseando Fine (2006), as funções de fala são realizadas gramaticalmente pela relação de parte do verbo com o sujeito da oração. Tal relação produz o modo da oração. A parte do verbo em questão é o finito (essencialmente, o verbo auxiliar ou verbo principal, quando não há auxiliar), cuja característica essencial é de mostrar o tempo e, em casos de orações negativas, a negação. É importante frisar que a escolha do modo sempre adiciona algo ao significado da função de fala.

De acordo com Fine, a modalidade modula o nível de comprometimento do falante com a proposição em questão. Os significados básicos disponíveis para o falante são probabilidade e usualidade para trocas de informação e obrigação e inclinação para trocas de bens e serviços. Estes significados podem ser expressos de quatro maneiras: por meio de verbos modais (poderia, devo), de adjuntos modais (realmente, frequentemente), de epítetos atitudinais (bonito, simpático) e de adjetivos (colorido, desbotado). Os verbos modais expressam a atitude do falante em relação ao processo, enquanto que os adjuntos modais expressam a atitude do falante em relação à oração como um todo. Por sua vez, os epítetos atitudinais expressam a atitude do falante em relação ao participante, sua opinião em relação a ele, e os adjetivos no predicado expressam uma qualidade objetiva do participante.

No aspecto textual, que concerne à metafunção textual, o significado é criado quando colocamos uma proposição em seu contexto, ou em outras palavras, quando ordenamos o texto linearmente. De acordo com Martin *et al* (1997), a ordem em que cada elemento oracional aparece no texto é ela

própria geradora de significado, e quando o falante ordena estes elementos, ele tem em mente, entre outras questões, se algum aspecto da informação que será transmitida já é conhecido pelo interlocutor, e qual é este aspecto. Assim, as escolhas textuais não são apenas maneiras diferentes de dizer algo: de fato, elas organizam a linguagem em diferentes maneiras em relação ao que o falante e o ouvinte sabem sobre si, sobre o outro e sobre o contexto. Pode-se dizer, enfim, que a metafunção textual, em linhas gerais, organiza as duas outras metafunções.

A metafunção textual engloba um grande número de relações estruturais e não-estruturais que expressam diferentes tipos de significado. Uma destas estratégias estruturais codifica o significado do ponto de partida da mensagem por meio da estrutura temática da oração. A outra estratégia estrutural é a codificação da informação como dado ou novo, por meio do sistema da estrutura da informação na oração. De acordo com Halliday (1994), o tema é o primeiro elemento ideacional, a informação primeira, e o rema é o que se quer acrescentar à informação anterior. A distribuição da informação em dado-novo é expressa pela ordem das palavras – normalmente, a informação dada é colocada primeiro – e, no caso da linguagem oral, também pela entonação – que costuma ser proeminente quando se fala a informação nova.

As estratégias não-estruturais, por sua vez, são a referência – que é a ligação entre participantes –, o padrão lexical – constituído pela continuidade lexical do significado –, a conjunção – que faz ligação entre mensagens –, e substituição e elipse – estratégias de ligações entre unidades estruturais grandes e pequenas.

Para fazer com que a linguagem seja coerente, Fine (2006) afirma que ela deve se ajustar ao contexto verbal (a linguagem que foi produzida até aquele ponto) e ao contexto não-verbal (os aspectos físicos do evento de fala). Quando analisamos o modo como o falante faz esse ajuste com o contexto (o modo como utiliza a metafunção textual), aprendemos sobre como o falante vê e apresenta o contexto e seu ponto de vista sobre o lugar que o outro ocupa neste contexto.

Vamos, a seguir, apresentar a metafunção ideacional com um maior

nível de profundidade, uma vez que ela constitui o foco da pesquisa empreendida nesta tese.

### **1.5.1) A metafunção ideacional e o sistema da transitividade**

De acordo com Halliday (1994), a linguagem permite que seus usuários façam sentido da realidade, do que está ao redor e dentro de nós mesmos. A realidade é, então, apreendida, organizada e significada na linguagem. A propósito, a realidade, na visão da LSF, é feita de processos e consiste de eventos: fazer, sentir, acontecer, significar, ser e comportar. Segundo Halliday, todos estes acontecimentos são organizados na gramática da oração, que é vista como um modo simultaneamente de ação e de reflexão.

Ainda de acordo com Halliday (1994), a transitividade é a realização da função ideacional da linguagem, através da representação de idéias e experiências. Assim, o sistema da transitividade constrói o mundo da experiência em conjuntos de tipos de processos.

Os fenômenos do mundo real são representados na estrutura lingüística da seguinte maneira: o próprio processo (tipicamente realizado por grupos verbais, mas podendo também ser materializado como substantivo, como em casos de nominalização); o(s) participante(s) do processo (tipicamente realizado(s) pelos grupos nominais); a(s) circunstância(s) associadas ao processo (tipicamente realizadas pelos grupos adverbiais ou sintagmas preposicionais). De acordo com essa abordagem, na transitividade há um padrão de processos que, de alguma forma, é universal entre as línguas humanas.

Segundo Halliday (1994), vários tipos de informação podem ser associados ao participante dentro dos grupos nominais. Em inglês, há quatro tipos diferentes de informação que podem ser acrescentadas antes do substantivo. O primeiro tipo em ordem de aparecimento na oração – e que também vem primeiro em português – é o dêitico, que ajuda a identificar o substantivo para o interlocutor. Os dêíticos sinalizam que somente um certo subtipo do substantivo mencionado deve ser considerado na afirmação. Os dêíticos mais freqüentes são os demonstrativos e os possessivos.

Informações sobre a quantidade do item expresso no substantivo, bem como sobre a ordem ou posição do item, vêm após os dêiticos e são chamados de numerativos. Números cardinais dão a informação exata sobre a quantidade de itens que está sendo considerada, e outras palavras dão uma informação menos exata da quantidade. Números ordinais oferecem a informação precisa sobre a ordem da entidade que está sendo mencionada, que também pode ser mencionada de maneira menos precisa, através de palavras como o subsequente, o anterior, etc.

Após dêiticos e numerativos, é comum, em se tratando do inglês (Halliday, 1994), virem os epítetos – função normalmente realizada pelos adjetivos e que correspondem, essencialmente, a qualidades das entidades. Em português, no entanto, os epítetos vêm usualmente após a entidade. Os epítetos contribuem para a riqueza e o detalhamento semântico da entidade de que se fala. É usual aparecerem dois ou mais adjetivos que, juntos, caracterizam as qualidades da entidade em questão.

Outra categoria que costuma acompanhar os substantivos nos grupos nominais é a dos classificadores, que correspondem a informações sobre qual tipo de coisa está sendo mencionada – dessa maneira, detalhando-a. Em português, os classificadores podem ser realizados por adjetivos (como em conversa particular, em que o adjetivo particular classifica conversa; por substantivos (como em sala de aula, em que de aula classifica sala) ou por verbos (como em ano passado, em que o particípio passado classifica ano). Note-se que as classes de palavras que exercem função de classificadores podem vir acompanhadas da preposição de e suas variantes. Em português, qualquer que seja a classe de palavra que os realizam, os classificadores figuram normalmente após o substantivo (como em A mesa do computador, em que do computador classifica uma subclasse de mesa) – ao contrário do inglês, língua em que figuram antes da entidade.

Finalmente, há um outro tipo de informação que pode constar no grupo nominal, e que tanto em português quanto em inglês aparece após o substantivo: é o qualificador, que também caracteriza a entidade através de um sintagma preposicional ou oração complexa (como em O cachorrinho pequenininho que ela ganhou do namorado, em que que ela ganhou do

namorado é o qualificador do grupo nominal). Passamos a seguir, a algumas considerações sobre as circunstâncias – o outro elemento do sistema da transitividade que acompanha o processo.

#### **1.5.1.1) As Circunstâncias**

De acordo com Halliday (1994), as circunstâncias acompanham participantes e processos na linguagem, detalhando os eventos codificados como processos. Os significados expressos nas circunstâncias são principalmente aqueles que respondem às questões onde, como, quando e por que, relacionadas ao acontecimento ou ação expressa na oração. Em uma única oração podem figurar duas ou mais circunstâncias. De acordo com Fine (2006), as circunstâncias situam o processo como o falante quer que o ouvinte o apreenda, sugerindo a orientação dos falantes em relação aos eventos mencionados.

Aumentando-se o nível de profundidade de análise, pode-se falar em nove subcategorias de circunstâncias, que são extensão; locação; maneira; causa; contingência; acompanhamento; papel; assunto; ângulo.

A seguir, discorro sobre os processos, que constituem o núcleo das orações no sistema da transitividade, em torno dos quais os demais elementos se organizam – e que, por isso, merecem especial atenção.

#### **1.5.1.2) Os processos e os participantes**

Há uma diferença básica, da qual tomamos consciência já no primeiro ano de vida, entre aquilo que acontece no mundo exterior e aquilo que acontece no mundo interior – o da consciência. Os processos do mundo exterior são ações de entidades fazendo coisas ou deixando coisas acontecerem. Os processos do mundo interior são ações de refletir sobre a realidade, bem como de conscientizar-nos dos nossos estados do ser. Os processos do mundo exterior estão agrupados na categoria gramatical dos processos materiais, enquanto que os do mundo interior pertencem à categoria dos processos mentais. Há um outro tipo de processo constituído pelas ações de classificar e identificar, que têm como função relacionar um fragmento de

experiência a outro. Esta categoria recebe o nome de processos relacionais (Halliday, 1994).

Dessa maneira, são três os tipos principais de processos: material – ligado aos verbos de ação, significando que um indivíduo explicitamente pratica a ação expressa pelo verbo; mental – ligado a verbos de sentimento, pensamento e percepção; relacional – representado pelos verbos do ser (*being*), que estabelecem atributos e relações de posse.

Halliday enfatiza que existem três outras categorias de processos que estariam no limite entre uma e outra categorias principais, ao mesmo tempo dividindo características comuns e apresentando características próprias. No limite entre os processos materiais e os mentais, está a categoria dos processos comportamentais, referentes ao comportamento fisiológico e psicológico do indivíduo, e que são manifestações exteriores de acontecimentos interiores. Os processos verbais, referentes ao ato de dizer, estão no limite entre os processos mentais e os relacionais. Estes processos são representações de relações simbólicas construídas na consciência e expressas na forma de construções lingüísticas. Por fim, os processos existenciais, representados pelos verbos que indicam acontecimento ou existência propriamente dita, estão no limite entre os processos materiais e os relacionais.

É importante ressaltar que não há primazia de um processo em relação a outro: a representação metafórico-visual dos tipos de processos deve ser a de um círculo, e não de uma linha.

Antes que os processos sejam descritos com maior detalhamento, é oportuno ressaltar que há outro elemento no grupo verbal – já mencionado quando estava em foco a metafunção interpessoal –, o finito, que traz informações sobre o tempo e a probabilidade do processo. O finito pode estar incluído no verbo principal (como em Eles prometeram mil maravilhas, em que prometeram contém informações sobre a ação material no mundo e o tempo em que esta ação foi processada – no caso, o passado) ou vir antes dele, sob a forma de um verbo auxiliar (como em Eu já tinha ido pra casa, em que tinha codifica o tempo da ação e ido codifica o significado lexical do verbo). Pode

haver muitos verbos auxiliares antes do verbo lexical, cada um adicionando a este um tipo diferente de significado. Os auxiliares modais indicam que a afirmação feita não é positiva nem negativa, mas a deixa em uma posição entre estes pólos. Finalmente, um outro tipo de auxiliar é o da passiva, que indica que o participante da oração sofreu uma ação por parte de algum agente.

O elemento tempo verbal é muito importante na construção do significado ideacional, já que eventos são expressos como acontecimentos dentro de um período de tempo, que tem ele próprio um potencial de significação. Dessa forma, o potencial de significação do tempo sempre está disponível para ser expresso quando se fala de um evento (Fine, 2006).

Por fim, um outro elemento que pode figurar no grupo verbal que realiza a função de processo dentro da oração é a palavra “não”, que dá à mensagem uma polaridade negativa. No entanto, sua função é vista em termos da metafunção interpessoal, como já foi abordado anteriormente.

Vamos, a seguir, detalhar cada tipo de processo separadamente.

#### **1.5.1.2.1) Processos e participantes em orações materiais**

De acordo com Halliday (1994), os processos materiais são prototipicamente representados pelos processos fazer, agir, criar e transformar.

Os processos materiais podem ter um participante – no caso dos verbos tradicionalmente ditos intransitivos – ou dois – caso dos tradicionalmente ditos transitivos.

Dessa maneira, todo processo material tem um **ator** – que é quem ou o que faz a ação – e alguns têm também uma **meta** – que vem a ser aquele ou aquilo para o qual a ação é direcionada ou o discurso é estendido. Em outras palavras, as orações materiais expressam a noção que uma entidade faz algo, que pode ser feito “para” alguma outra entidade. De acordo com Eggins (1994), a meta é o que é modificado pela ação: em termos da gramática tradicional, representa o objeto direto.

Nas orações materiais, pode haver um terceiro tipo de participante que tem uma relação um pouco mais distante com o processo. Halliday classifica este participante como **extensão** (Range). Ele não é quem está fazendo algo

ou quem ou aquilo que sofre uma ação, mas seu escopo. Por exemplo, em Eu tô tomando o remédio ainda, o remédio existe independentemente do processo. Remédio especifica a extensão, ou o escopo da ação de tomar algo.

Outro tipo de extensão é aquela em que o participante é uma atividade que não existe independentemente do processo, constituindo, de fato, uma parte do próprio processo. Exemplo deste tipo de extensão é Eu fiz o discurso do imperador. Neste caso, o discurso é parte integrante do processo. De acordo com Halliday, muitos exemplos de extensão são os que ocorrem em orações com verbos como fazer, dar, pegar, usadas em expressões como dar assistência, tomar banho, pegar gripe etc.

Por sua vez, o **beneficiário** é aquele que se beneficia das ações realizadas pelo Ator. Eggins (1994: 35) vê o beneficiário como um cliente ou recebedor.

Sempre de acordo com Halliday (1994) – autor que norteia todas as considerações sobre processos aqui elencadas, salvo as claramente identificadas como de outra autoria –, os processos materiais podem ser de dois tipos: dispositivos e criativos. Os primeiros caracterizam-se por serem do tipo “x faz algo para y”, e os do segundo caracterizam-se em estruturas do tipo “x cria y através do ato descrito”. Todos os processos materiais podem ser construídos na voz ativa ou passiva.

Para sabermos se um processo qualquer se trata de um processo material, recomenda-se fazer a pergunta: “o que x fez?”. Se a pergunta for passível de resposta, trata-se de um processo material. Se houver uma meta na oração, pode-se fazer a pergunta: “o que aconteceu para y?” ou, ainda, “o que x fez com y?”.

#### **1.5.1.2.2) Processos e participantes em orações relacionais**

Os processos relacionais são os processos de **ser**. Eles são usados para estabelecer atributos, identidades e relações de posse. Neste tipo de processo, uma relação é construída entre duas diferentes entidades: uma entidade sempre é x, tem x ou está x. Deve-se ressaltar que o sentido de ser aqui expresso é diferente do sentido de existir, que configura outro tipo de processo, que estará em foco mais adiante. Segundo Halliday, todas as línguas

apresentam construções de processos relacionais, que podem ser de três tipos principais: a) intensivos, em que x é a; b) circunstanciais, em que x está em a (podendo ser também x está sobre a, com a, dentro de a etc.; c) possessivos, em que x tem a.

Todos os tipos de processos relacionais ilustrados acima podem ser expressos de dois modos: a) atributivo, em que a é um atributo de x, e b) identificativo, em que a é a identidade de x.

Os processos identificativos podem mudar a ordem dos participantes sem mudança no sentido. Já os processos atributivos não podem sofrer mudança na ordem dos elementos, uma vez que, se isso ocorresse, a construção ficaria semanticamente diferente do sentido original.

No modo atributivo, alguma qualidade é atribuída a uma entidade. Em x é a, x é chamado de **portador**, e a é chamado de **atributo**. No modo identificativo, x é chamado de **identificado** e a é chamado de **identificador**.

Outros processos, além de ser, ter e estar, também podem ser relacionais, tais como ficar, permanecer, transformar, tornar, parecer, dentre outros.

#### 1.5.1.2.2.1) Processos relacionais atributivos x identificativos

Quatro características distinguem orações atributivas de identificativas. As peculiaridades dos processos atributivos são:

1) Nos processos de modo atributivo, o grupo nominal que funciona como atributo é tipicamente indefinido. O núcleo da oração pode ser ou um adjetivo (ou um particípio) ou um substantivo comum – algumas vezes acompanhado de um artigo indefinido –, mas nunca um nome próprio ou pronome.

2) O verbo que realiza o processo pertence à classe atributiva. No caso de o atributo ser um substantivo comum sem adjetivo, ele pode ser precedido por uma preposição, dependendo do verbo em questão.

3) Para sabermos se determinada oração está no modo atributivo, devemos perguntar “o que é x?”, “como é x?” ou “x é como o que?”. Se estas perguntas forem passíveis de resposta, trata-se de uma oração relacional de modo atributivo.

4) Orações no modo atributivo não são reversíveis, ou seja, não há

formas passivas para este tipo de oração.

Nos processos de modo identificativo, algo tem uma identidade assinalada a si. Em outras palavras, uma entidade é usada para identificar outra: x é identificado por a. Como já foi dito, o elemento x é chamado de **identificado** e o elemento a é chamado de **identificador**. Neste modo, não se trata da pertença a uma classe, uma vez que isso não provê identidade a uma entidade.

Reversamente, podem ser listadas quatro características dos processos de modo identificativo que os distinguem dos processos de modo atributivo. São elas:

1) O grupo nominal que realiza a função de identificador é normalmente definido. O núcleo é usualmente um substantivo comum acompanhado de artigo definido, um substantivo próprio ou um pronome. O superlativo é o único caso em que um adjetivo é o núcleo de um processo no modo identificativo.

2) O verbo que realiza o processo que aparece neste modo é do tipo equativo (em português, ser e significar).

3) Para sabermos se se trata do modo identificativo, pode-se fazer as perguntas “qual é x?” ou “quem é x?”. Se for possível responder a estas perguntas, trata-se de um processo no modo identificativo.

4) Este tipo de oração é reversível. Exceto os verbos ser, estar, transformar e permanecer – além daqueles acompanhados por preposição, tais como agir como –, todos os processos identificativos podem apresentar formas passivas.

É importante destacar aqui que os elementos identificador e identificado podem vir em qualquer ordem.

Nas orações relacionais de tipo circunstancial, a relação entre as duas entidades (os dois participantes) da oração é de tempo, lugar, causa, maneira, acompanhamento, papel, assunto ou ângulo.

Nas orações circunstanciais atributivas, o elemento circunstancial é um atributo assinalado a alguma entidade. Este tipo de oração pode assumir duas formas: numa delas, a circunstância é apresentada como um atributo; na outra, a circunstância aparece como um processo.

Nas orações relacionais circunstanciais de modo identificativo, a circunstância é expressa como uma relação entre duas entidades: uma destas

entidades está sendo relacionada a outra por um traço circunstancial (que pode ser de maneira, tempo etc.).

Nos processos relacionais possessivos, uma entidade possui outra. Em outras palavras, a relação entre os participantes é de pertencimento. Halliday ressalta que a categoria dos processos relacionais possessivos abrange também, além dos processos que indicam posse no sentido usual, processos que sugerem relações mais abstratas que indicam algum tipo de posse ou pertencimento, como aquelas sugeridas pelos verbos consistir, incluir e conter, por exemplo.

#### 1.5.1.2.3) Processos e participantes em orações mentais

Os processos mentais, como mencionado anteriormente, são representados pelos verbos que representam as ações de pensar, sentir, e ver/perceber. Portanto, podem ser de três tipos:

- 1) de percepção: nesta categoria, enquadram-se processos como ver, perceber e notar;
- 2) de afeição: nesta categoria estão, por exemplo, os processos de gostar, temer, odiar;
- 3) de cognição: nesta categoria estão processos como saber, entender e pensar.

Todos os processos mentais envolvem, potencialmente, tanto um **experienciador** quanto um **fenômeno** – que são os participantes deste tipo de oração. O experienciador é o ser consciente que percebe, pensa ou sente, e o fenômeno é o que é percebido, pensado ou sentido.

Os processos mentais são gramaticalmente distintos dos processos materiais por cinco características. São elas:

1) O participante do processo mental é sempre uma entidade dotada de consciência. É importante frisar que tal entidade, animada ou não, pode ser tratada como provida de consciência, bastando para isso colocar o participante em uma estrutura gramatical em que ele pense, perceba ou sinta. No caso dos processos materiais, o agente pode ser algo não provido de consciência.

2) Nas orações de processos mentais - diferentemente do que ocorre nas orações materiais –, o que é sentido, pensado ou percebido pode ser, além

de uma coisa, um fato ou uma idéia (no caso, um metafenômeno – ou algo que é construído como participante por projeção). Na prática, trata-se das orações iniciadas por que.

3) A terceira diferença entre os processos materiais e os mentais diz respeito ao tempo verbal. Nos processos mentais, o tempo não marcado é o presente simples. Já nos processos materiais, o tempo não marcado é o presente contínuo: as ações que podem ser caracterizadas como processos materiais normalmente têm começo e fim; as caracterizadas como processos mentais, não. Importante salientar que este traço não é arbitrário: vem das diferenças de significado entre os dois tempos.

4) Os processos mentais – diferentemente dos materiais – podem ser representados na linguagem como processos de “mão dupla”. Ou seja: podemos manter o significado, mantendo a voz do verbo, usando um processo de significado parecido. Dizer, por exemplo, que se esqueceu de algo é similar a dizer que algo escapou da memória.

5) Os processos mentais – ao contrário dos materiais – não são processos de fazer. Portanto, não se aplica a essa categoria a pergunta “o que fez x?”. Esses processos não podem ser substituídos pelo processo fazer.

#### **1.5.1.2.4) Processos e participantes em orações verbais**

Os processos verbais são processos de dizer – dizer aqui sendo entendido como qualquer tipo de troca de significado expresso verbalmente.

O que está sendo dito pode ser uma citação direta (quando se configura o discurso direto) ou uma fala indireta (caso em que se configura o discurso indireto). É muito usual que o que é dito seja uma oração secundária num complexo oracional – que é chamada, neste caso, de oração projetada.

O participante principal das orações verbais – aquele ou aquilo que diz alguma coisa – é chamado de **dizente**. O dizente não precisa ser um ser dotado de consciência. Por este motivo, os processos verbais são por excelência processos simbólicos. As orações que apresentam processos verbais podem apresentar ainda três outros tipos de participantes, que podem ser:

- a) O **receptor**, que é aquele para quem a oração é dirigida;

- b) A **verbiagem**, que é a função que corresponde ao que é dito. Note-se que o que é dito, no sentido do conteúdo do discurso reportado – como bobagem em Eu falei bobagem! –, não pode ser chamado verbiagem;
- c) O **alvo**, que é a entidade que é atingida pelo processo de dizer. Normalmente, verbos que aceitam um alvo não projetam discurso reportado. Um exemplo de alvo citado por Halliday (:141) é inteligência em Por favor, não insulte minha inteligência!.

#### 1.5.1.2.5) Processos e participantes em orações comportamentais

Os processos comportamentais são aqueles que indicam comportamento fisiológico ou psicológico. Eles apresentam características comuns aos processos mentais e aos processos materiais.

Tipicamente, as orações que apresentam processos comportamentais consistem de um participante e de um processo. O participante deste tipo de processo é chamado de **comportante**. Ele é tipicamente um ser dotado de consciência – assim como o experienciador dos processos mentais –, que está agindo fisiologicamente ou psicologicamente. No entanto, o processo comportamental é gramaticalmente mais parecido com os processos de fazer.

O tempo presente não marcado dos processos comportamentais é o presente contínuo – como acontece com os processos materiais –, mas é possível encontrar estes processos também no presente simples.

Os processos tipicamente comportamentais podem ser de vários tipos:

- a) Processos de consciência representados como forma de comportamento, como escutar, sonhar, preocupar. Esta subcategoria estaria mais próxima dos processos mentais;
- b) Processos verbais representados como processos comportamentais, como conversar, tagarelar, resmungar. Estes processos estão mais próximos dos processos verbais;
- c) Processos fisiológicos que sugerem estados de consciência, como chorar, rir e gargalhar;
- d) Outros processos fisiológicos, como dormir, desmaiar, respirar;
- e) Posturas corporais e passatempos, como dançar, cantar e levantar.

Observe-se que alguns verbos exemplificados acima podem ser usados não comportamentalmente, de acordo com o contexto em que aparecem.

#### 1.5.1.2.6) Processos e participantes em orações existenciais

Estes processos são usados quando se quer mostrar que algo existe ou acontece, sendo haver o verbo existencial prototípico.

Outros verbos que em essência significam existir ou acontecer, como ocorrer e permanecer, também aparecem em orações existenciais.

Outros verbos que também funcionam como processos existenciais são aqueles que apresentam traços circunstanciais – por exemplo, de tempo (seguir) e lugar (crescer, emergir). Frequentemente, o elemento circunstancial aparece não no verbo da oração, mas no advérbio ou adjunto adverbial.

O objeto ou evento que é designado como aquele que existe é denominado **existente**. O existente pode ser uma pessoa, um objeto, uma instituição, uma abstração, uma ação ou um evento.

Por fim, é oportuno lembrar que há na gramática uma categoria especial de processos – os que têm a ver com clima –, que estão no limite entre os processos existenciais e os processos materiais: os processos meteorológicos.

Alguns deles são construídos existencialmente – como em Há um furacão; outros são construídos como eventos materiais – como em O vento está soprando; por fim, outros são construídos como processos relacionais atributivos – como em Está ensolarado.

No último caso – dos processos meteorológicos construídos como relacionais atributivos –, não há participante na oração, e as orações podem ser analisadas como consistindo de um único elemento – o processo.

Tendo apresentado a abordagem da linguagem que utilizo nesta tese – a Linguística Sistêmico-Funcional e seus conceitos e pressupostos –, na seção seguinte apresento a maneira como a esquizofrenia é vista nesta teoria.

## 1.6) Abordagens da esquizofrenia pela LSF

A esquizofrenia é um tema ainda pouco estudado seguindo os pressupostos teóricos e metodológicos da Lingüística Sistemico-Funcional.

Rochester & Martin (1979) – que esboçaram esta abordagem primeiramente em Rochester, Martin & Thurston (1977)<sup>23</sup> – abordaram a linguagem dos falantes com esquizofrenia pelo arcabouço da LSF – especialmente a análise de coesão de Halliday & Hasan (1976) –, examinando detalhadamente as maneiras pelas quais falantes portadores e falantes não portadores de esquizofrenia introduzem informação nova e participantes novos e presumem informação já apresentados e falantes já apresentados. Em suma, os autores focaram nas características da linguagem que comprometem a sua conexão com o contexto.

A meta dos autores foi entender o processo que acontece em conversas do dia-a-dia todo o tempo entre falantes e ouvintes para então analisarem o que acontece quando a interação não é bem-sucedida. Para os autores, é a dificuldade de realizar uma interação social bem-sucedida a principal característica do discurso dos falantes com esquizofrenia, e o que faz os demais falantes os perceberem como loucos. Rochester & Martin tentam, então, entender quais os pontos que comprometem o sucesso da interação; em outras palavras, tentam entender o que acontece, no nível da linguagem, para que um discurso seja qualificado como “louco”. O livro foi baseado nas análises sistêmicas de Jim Martin, que foram testadas e analisadas pelo psiquiatra Terry Rochester, com o intuito de realizar um estudo abrangente em contexto natural com o máximo de rigor experimental possível.

Rochester & Martin apresentam uma comparação de textos produzidos em entrevistas psiquiátricas por dois grupos de portadores de esquizofrenia – um deles cujos falantes foram diagnosticados como portadores de desordens do pensamento<sup>24</sup> e o outro com falantes diagnosticados como não-portadores

---

<sup>23</sup> O referido artigo, segundo seus autores, não apresenta informações que não estejam presentes no livro de 1979, tendo constituído uma abordagem inicial do tema, desenvolvido no livro. Por este motivo, e por não ter conseguido acesso ao artigo, refiro-me exclusivamente ao livro.

<sup>24</sup> Como já mencionado anteriormente, os falantes com esquizofrenia diagnosticados como portadores de desordens do pensamento são aqueles que apresentam uma fala extremamente confusa, a ponto de serem considerados incapazes de pensar claramente.

desta desordem – e um terceiro grupo, com falantes diagnosticados como não portadores de desordens psiquiátricas (no livro, denominados de falantes normais). O estudo analisa também narrativas e interpretações de *cartoons* produzidas por estes três grupos. Tal diversidade de textos foi considerada fundamental pelos pesquisadores, já que trabalham com a premissa de que o discurso produzido pelos falantes é resultado, entre outros fatores, de interação deste falante com o contexto de situação do qual faz parte quando da produção do texto. Os resultados das análises focam os padrões semânticos do discurso, baseados no modelo sistêmico-funcional.

Os resultados das análises dos elementos coesivos entre orações independentes mostram que estes são usados diferentemente em diferentes contextos, e de maneira diferente por portadores e não portadores de esquizofrenia. De acordo com os autores, as diferenças entre o uso de tais elementos nos textos de esquizofrênicos diagnosticados como portadores e nos textos de não portadores de desordens do pensamento são menores.

Os autores concluíram que os falantes com esquizofrenia usam menos elementos coesivos que os falantes normais. Os falantes com esquizofrenia portadores de desordens do pensamento, comparados aos não portadores, apresentaram mais referências não-claras e mais repetição de palavras de conteúdo, que criam a falsa impressão de que o tópico da conversa está sendo mantido. Por outro lado, esses falantes usaram mais referência exofórica – aquela que se refere ao mundo exterior (contexto físico, não-verbal). Outro ponto apontado pelos autores como típico da linguagem na esquizofrenia é a dificuldade no uso dos dêiticos dos grupos nominais, tornando vago o processo de referenciação e gerando dificuldade de compreensão por parte do interlocutor.

Rochester & Martin concluem que três pontos distinguem os grupos de falantes: I) a referência à situação não-verbal; II) a apresentação de informação nova e pressuposição de informação antiga e; III) a confiança na coesão lexical. II e III distinguem os portadores de desordens do pensamento dos dois outros grupos. Com isso, os autores sugerem que há aspectos lingüísticos que os portadores de desordens do pensamento não conseguem administrar muito

bem, mas que não oferecem dificuldades aos portadores de esquizofrenia sem desordens do pensamento.

Em suma, Rochester e Martin afirmam que os falantes com esquizofrenia – em especial os portadores de desordens do pensamento – usam menos sinais que implicam indiretamente que falante e ouvinte dividem o mesmo mundo, uma vez que não constroem seu discurso com base na linguagem e nos significados que fazem parte do repertório do interlocutor. Dessa forma, ocorrem falhas no discurso quando o interlocutor não pode seguir ou acompanhar o falante, devido a uma falha na construção da realidade social – falha essa que acontece porque a linguagem não está, do ponto de vista do ouvinte, conectada ao contexto compartilhado da comunidade de fala. Em outras palavras, a linguagem do falante com esquizofrenia algumas vezes soa ininteligível porque ela não corresponde à noção de contexto do ouvinte.

Os autores concluíram que os problemas lingüísticos que podem ser apresentados por falantes com esquizofrenia se situam no nível discursivo – e não no nível da expressão fonética nem no da forma lexicogramatical. Rochester & Martin também concluíram que tais problemas não acontecem sempre, podendo variar de acordo com as demandas cognitivas e interpessoais relacionadas aos variados contextos de situação.

Fine (2006), em seu livro sobre a linguagem na Psiquiatria – que constitui a segunda de duas obras em LSF que tratam do discurso de falantes com esquizofrenia –, também situa a comunicação do falante acometido por desordens psiquiátricas como fora da norma interpretativa dos falantes da comunidade de fala.

Segundo Fine, a interpretabilidade depende sempre de relações convencionais entre o sistema de significação (na LSF, léxico-gramática) e os significados construídos por ela. A comunicação do paciente psiquiátrico seria, portanto, anti-convencional no sentido de essa relação entre gramática e semântica não ocorrer da forma esperada pela comunidade de fala. Para Fine, a esquizofrenia pode ser descrita como uma falha do indivíduo em conectar-se ao contexto apropriadamente. Ele afirma que muito dessa desconexão faz-se mostrar pela via da linguagem, o que a torna evidência para a esquizofrenia.

O autor afirma que, do ponto de vista da linguagem, “traços lingüísticos específicos podem tipificar uma desordem” (Fine, 2006:90). Ele explica também que pode haver numerosos traços que, juntos, criam a impressão de desordem, assim como há determinados traços lingüísticos que são encontrados em muitas desordens.

A tarefa a que Fine se propõe é analisar como os significados atípicos são fraseados no discurso do paciente psiquiátrico, e mostrar como esse fraseado é uma pista para tais significados. Na escuta clínica, são os significados – e não os fraseados – que são usualmente percebidos e, conseqüentemente, encontrados nas descrições diagnósticas. Deve-se, então, associar os significados atípicos à desordem psiquiátrica manifesta por eles. O autor sugere atentar para os fraseados que expressam tais significados com o intuito de refinar o processo e torná-lo mais objetivo. Ele argumenta que o estudo mais detalhado da linguagem contribui também para uma maior compreensão da fenomenologia das desordens psiquiátricas.

Os termos lingüísticos da abordagem lingüística da esquizofrenia muitas vezes coincidem com os termos clínicos usados para sua descrição. Com isso, o autor considera muito importantes as descrições lingüísticas – mesmo nos casos em que os termos da abordagem lingüística coincidem com os termos clínicos – porque podem especificar tanto os tipos de significados que soam atípicos no contexto – situando-as neste ponto como parte das descrições clínicas – quanto seu fraseado – os sons, palavras e estruturas que dão forma a eles. Ainda de acordo com Fine, a abordagem lingüística da esquizofrenia não pretende excluir as abordagens psicopatológica e cognitiva, mas ser complementar a elas.

A opção de Fine foi a de adotar como ponto de partida o nível clínico. Ele alega que partir da desordem e do seu critério diagnóstico preserva a entidade clínica e permite que os vários padrões de linguagem associados a ela sejam descritos. Dessa forma, Fine apresenta os diferentes níveis da análise da linguagem começando do mais abstrato, a cultura, até chegar aos detalhes específicos de cada metafunção.

O autor enfatiza que podem ser notados significados atípicos, maneiras atípicas de expressar os significados ou ambos simultaneamente. Em relação aos significados atípicos, aliás, Fine observa que são fenômenos primários nas desordens psiquiátricas. O autor sugere que tal expressão atípica de significados, que faz o discurso de alguém soar estranho ou até patológico, pode ocorrer ou porque o falante não desenvolveu um modelo socialmente apropriado de uso da linguagem no contexto, ou porque ele apresenta falhas no processamento de textos.

Quando o problema é do primeiro tipo, suas origens podem ser várias, indo desde uma falta de contato do indivíduo com o contexto de situação no qual sua linguagem se mostrou anti-convencional até dificuldades de percepção e de aprendizagem. Os tópicos da percepção e da análise da situação merecem um maior detalhamento: Fine aponta uma possível dificuldade na percepção de elementos significativos no contexto – que acontece, por exemplo, quando os falantes não percebem os papéis sociais esperados em dada interação ou as emoções de seus interlocutores. Muitas vezes, a falha não seria de percepção, mas sim, de análise adequada de elementos do contexto. Se tais análises não seguem o padrão típico da comunidade de fala, os modos típicos de ação, interação e textualização não serão desempenhados a contento pelo indivíduo acometido por desordens psiquiátricas.

As dificuldades de percepção e de análise de elementos significativos no contexto, bem como a dificuldade de reconhecimento de um gênero do discurso, de compreensão geral ou compreensão do papel a ser desempenhado como sujeitos neste gênero parecem ser vivenciadas por falantes com esquizofrenia – que, como veremos a seguir quando se analisa o seu discurso, parecem estar desconectados com o contexto, tanto o de cultura quanto o de situação.

Fine (2006) afirma que alguns pacientes psiquiátricos podem parecer novos em uma cultura ou deslocados dela porque suas mensagens não seguem padrões culturais, embora sigam outros padrões de linguagem, como a léxico-gramática.

Da mesma maneira, os pacientes psiquiátricos muitas vezes indicam não estar compreendendo bem determinada situação: pode acontecer, por exemplo, de a relação social entre os participantes da interação não estar sendo entendida ou de o falante não saber o que seria apropriado falar com seu interlocutor naquela situação. Fine observa que, muitas vezes, como contexto e situação são conceitos que interagem tanto teoricamente quanto na prática, essa interação é em si fonte de dificuldade de comunicação. Segundo ele, isso pode ser observado na prática, por exemplo, quando um falante fica confuso sobre qual gênero usar em cada situação, bem como quando um determinado gênero é inserido em uma situação em que ele não seria encontrado, ou quando há uma troca de gênero em uma situação em que isso não ocorreria normalmente.

Com tudo isso, Fine afirma que o falante soa atípico ou mesmo esquizofrênico se o gênero que utiliza em determinado momento é inapropriado para a situação em que se encontra ou se não há sinalização explícita (verbal ou não-verbal, por meio, por exemplo, de pausas, expressões faciais ou outros sinais para-lingüísticos) de que está sendo feita uma mudança de um gênero para outro dentro daquela situação.

No nível do registro, as atipicalidades, de acordo com Fine, podem ser nas três variáveis contextuais: no campo – caso, por exemplo, da inadequação do conteúdo do discurso em relação à situação, ou das mudanças atípicas de tópico ou, ainda, da manutenção excessiva de um tópico –, no modo – caso, por exemplo, de um discurso que soa deslocado do canal de comunicação em que ou para o qual foi produzido, dando aparência de que foi feito para outro canal –, e nas relações – caso, por exemplo, da inapropriação dos papéis sociais atribuídos aos falantes no discurso e nas mudanças de um papel para outro. Fine salienta que significados atípicos de uma variável podem estar associados àqueles de outra variável.

Ao nível da metafunção ideacional, o autor explica que há, de maneira geral, duas maneiras pelas quais o falante pode ser considerado atípico: pode haver concentração pouco usual de significados (para mais ou para menos) ou troca pouco usual de significados. Em relação à estrutura da oração, pode haver pontos problemáticos no tocante aos participantes, aos processos e às

circunstâncias. Quanto aos participantes, pode haver participantes pouco usuais, quadro inconsistente de participantes ou resistência em trazer e manter determinado participante no discurso. Quanto aos processos, pode haver sobreuso, sub uso ou troca pouco usual de significados de fazer, pensar, dizer etc. Finalmente, pode haver circunstâncias pouco usuais, concentração pouco usual de algumas circunstâncias ou problemas no nível de detalhamento (mínimo ou excessivo) em cada circunstância.

Já no nível da metafunção interpessoal, falantes com dificuldades sugerem estar deslocados no que tange aos papéis que desempenham na situação e na maneira como devem se relacionar com os demais falantes. Assim como no nível ideacional, os problemas podem estar na concentração pouco usual de certos tipos de significado interpessoal e/ou nas trocas atípicas entre estes significados. Todas as categorias interpessoais podem apresentar significados atípicos. Problemas na categoria de dar – pedir podem resultar, por exemplo, em uma imagem muito agressiva ou muito passiva do falante; na categoria informações – bens e serviços, os problemas podem resultar, por exemplo, na percepção do falante como pouco orientado para a ação; problemas nos usos dos movimentos interativos, funções da fala e modo podem resultar em uma percepção de que o falante está deslocado na interação; já problemas na modalização podem resultar em projeção de insegurança ou auto-confiança excessiva.

Quanto à metafunção textual, Fine explica que pode haver problemas quando uma determinada porção de linguagem soa estranha e deslocada em relação ao contexto em que foi produzida. Assim como nos demais níveis lingüísticos, no nível textual pode haver significados atípicos devido à concentração pouco usual ou a troca pouco usual desses significados. Tais significados atípicos podem se encontrar no sistema tema – rema (pode haver problemas na continuidade e fluidez das mensagens); na organização dado-novo (pode haver, por exemplo, um julgamento errado do que é conhecido anteriormente pelo interlocutor) e no sistema de coesão (quando há, por exemplo, dificuldades de desenvolver um raciocínio de forma lógica, referência insuficiente para a mensagem se fazer compreensível etc.). Fine também esclarece que um falante pode soar estranho se usar indevidamente o canal de

comunicação, e cita como exemplo um indivíduo dentro de um ônibus que, querendo descer em algum ponto, ordena, aos berros, ao motorista, que pare.

Em todos os casos, o autor observa que não são as características lingüísticas que são imediatamente percebidas, mas a “falha para comunicar significados de uma maneira esperada que é disruptiva para a interação social e que requer o foco da atenção clínica” (p. 126). Ele afirma também que dificilmente encontra-se alguma patologia que apresente dificuldades em uma área de significado apenas; o comum é que as patologias expressem algum tipo de dificuldade em todos os níveis.

Em relação especificamente à esquizofrenia, Fine (2006) propõe que seja entendida a partir da interface social que a linguagem constrói. Segundo ele, essa interface verbal-social é o que faz os portadores de esquizofrenia chamarem a atenção dos interlocutores. O autor interpreta a esquizofrenia – e, mais largamente, a psicose – como uma descontinuidade com o contexto, que pode ocorrer de diversas maneiras, sempre evidentes quando os esquizofrênicos fazem uso da linguagem.

Fine utiliza conceitos lingüísticos para caracterizar como os falantes com esquizofrenia constroem o significado em contextos sociais. Assim como Rochester & Martin, seu objetivo também foi descrever a linguagem dos falantes com esquizofrenia para detalhar por que ela soa atípica aos ouvidos do interlocutor e por que esses falantes não conseguem desempenhar atividades sociais normais. Para tanto, as características da linguagem na esquizofrenia são vistas tendo como pano de fundo a maneira como a linguagem usualmente funciona – considerando-se, evidentemente, as possíveis variações concernentes a gênero e registro.

A abordagem de Fine difere da dos demais autores citados neste capítulo devido a quatro fatores: primeiro, ela contempla toda a gama de categorias diagnósticas que definem a esquizofrenia, ao invés de focar em uma apenas; segundo, a meta primeira é dar conta do problema no que tange ao funcionamento social, ao invés do funcionamento cognitivo; terceiro, é considerada uma grande quantidade de fenômenos lingüísticos para descrever

como o falante com esquizofrenia se expressa e; quarto, a abordagem é funcional.

Fine utiliza a descrição clínica da esquizofrenia baseado na Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association, 1994), que sugere uma série de critérios diagnósticos divididos em sintomas positivos e sintomas negativos, já descritos em item anterior, sobre a definição da doença e sintomas da esquizofrenia. É imprescindível recordar que alguns desses sintomas envolvem a linguagem diretamente e que outros, como a alucinação e o delírio, envolvem-na apenas indiretamente na reportagem de sensações ou sentimentos. O autor afirma que é a metafunção textual a que fica mais comprometida nesta doença, apresentando mais atipicalidades.

No processo de interpretação, as atipicalidades no significado – que devem ser entendidas como atipicalidades na metafunção ideacional – podem mais claramente ser percebidas nas alucinações e nos delírios. O falante é ouvido como contradizendo a realidade ideacional da comunidade de fala. Muitas vezes, a desconexão com o contexto é mais evidente devido ao fraseado. Neste caso, há problemas na metafunção textual, o que resulta em discurso desorganizado, bloqueio, pobreza da fala e pobreza do conteúdo da fala. Em outros casos, a desconexão com o contexto ocorre em termos de fatores interpessoais – concernentes à metafunção interpessoal – o que resulta em embotamento ou inadequação do afeto normalmente esperado. É imprescindível ressaltar que podem variar o grau de atipicalidade de uma pessoa para outra – indo de discreto a extremo – e a frequência de manifestação dos sintomas. Quando a desordem é severa, a interação é quase impossível.

O quadro a seguir<sup>25</sup> (retirado de Fine, 2006:203) ilustra os tipos de desconexão possíveis e sua relação com as funções lingüísticas e os exemplifica em termos das categorias clínicas correspondentes e dos exemplos correspondentes na linguagem.

---

<sup>25</sup>É minha a tradução do original em inglês.

## QUADRO 2

### Relações entre tipo de desconexão e função lingüística na esquizofrenia

| Tipos de desconexão       | Funções lingüísticas    | Exemplos de categorias clínicas correspondentes                | Exemplos na linguagem                                               |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Desconexão de significado | Metafunção ideacional   | Alucinações, delírios                                          | Eu sou o rei do Sião                                                |
| Desconexão de fraseado    | Metafunção textual      | Fala desorganizada, bloqueio, pobreza da fala, descarrilamento | Eu vi a vaca, a vaca marrom, a vaca em cima da lua. Era o vaqueiro. |
| Desconexão de falantes    | Metafunção interpessoal | Embotamento do afeto                                           | Eu acho que está OK (em um tom monótono)                            |

Como observa Fine, é necessário atentar para o fato de que, embora a perspectiva seja social, deve-se considerar a individualidade dos falantes. Dessa forma, os sintomas da esquizofrenia podem ou não ser desconfortáveis para os falantes por ela acometidos. Eles podem ou não ter *insights* (no sentido de uma clara e abrupta compreensão de um fato) dos sintomas positivos e estar conscientes dos sintomas negativos da doença. As alucinações, para alguns indivíduos, podem ser perturbadoras ou até mesmo colocar a sua vida em risco. Esses falantes podem sentir desconforto também com um possível sentimento de isolamento ocasionado pelo fato da percepção de que os interlocutores muitas vezes evitam a interação ou parecem não compreender seu discurso. Os sentimentos subjetivos da desordem, então, interagem com as suas características sociais, e são ambos refletidos na linguagem.

Os delírios são estudados pormenorizadamente por Fine, que se propõe a identificar os aspectos da linguagem que levam os ouvintes a identificá-los como falsas crenças. De acordo com o autor, o delírio se configura quando um ou mais tipos de informação (participantes, processos ou circunstâncias) não corresponde à realidade externa como apreendida pelo restante da comunidade. Os participantes codificados no discurso de falantes com

esquizofrenia podem não corresponder à realidade de duas maneiras: uma delas é a atribuição de identidades que não são aceitas pela comunidade como possíveis; outra é a apresentação de entidades (coisas, pessoas ou lugares) completamente ficcionais, que não existem na realidade social.

Os delírios podem centrar-se nos eventos do mundo, que podem ser ou totalmente ficcionais, ou possíveis, mas não reais. Os elementos circunstanciais também podem contradizer completamente a realidade social, por serem apresentadas ou circunstâncias fictícias, ou possíveis, mas não reais. Ou seja, “a linguagem expressa o delírio codificando e combinando partes da realidade que a comunidade não aceita como uma combinação possível” (p.202). Mesmo se todos os elementos da transitividade, em separado, forem reais, o delírio pode ser percebido se a combinação entre participantes, processos e circunstâncias, em conjunto, formar um quadro irreal na realidade social. Finalmente, compete atentar para o fato de que, nos delírios, a linguagem não é afetada em si, mas indica a presença de distorções nas inferências sobre a realidade externa.

No caso das alucinações (que, lembrando, são caracterizadas como percepções falsas), o clínico as diagnostica quando escuta a afirmação de uma percepção que é rejeitada por não encontrar correspondência na realidade social. A linguagem, também neste caso, não é em si afetada, mas indica a presença de distorções na percepção. De acordo com Fine, a expressão lingüística da alucinação se dá por meio do uso de processos mentais de percepção ou pelo uso de processos relacionais mais objeto. O tipo de vocabulário usado indica o tipo de alucinação: se auditiva, olfativa, visual etc. Como no caso dos delírios, as alucinações são percebidas por causa da combinação de significados ideacionais: pode acontecer, por exemplo, de o processo e o participante serem reais, mas não estarem se manifestando naquele momento (neste caso, a circunstância indicaria a alucinação). Pode acontecer também de, isoladamente, os três elementos serem reais, mas não configurarem de fato um acontecimento real.

Fine lembra que, no caso de o indivíduo ter *insights* das alucinações, isso também é refletido na linguagem. Ou seja, o falante expressa na linguagem que está ciente de que algumas percepções são percebidas apenas

por ele. Quando não há *insights*, o falante interage diretamente com o conteúdo alucinatório ou se refere a ele como se fosse um dado também para o interlocutor – neste caso, costuma usar artigos e pronomes definidos para tal referência. Dessa maneira, segundo Fine, alucinações e delírios são expressos, sobretudo, através de significados ideacionais pouco usuais. Em muitos delírios e alucinações, pode ser observada atipicalidade tanto no uso ideacional quanto no interpessoal da linguagem. Nestes casos, pode haver atribuição de papéis que os outros não consideram reais, que não condizem com a realidade social, bem como formas de tratamento com o interlocutor que não seriam as usuais no contexto compartilhado. Em alucinações e delírios, por exemplo, ocorre com frequência a atribuição de identidades bizarras, ou relações improváveis entre os participantes citados. Além desses tipos de expressão do uso interpessoal atípico da linguagem, pode ocorrer também de, mesmo não projetando uma identidade diferente para si, o falante adotar um comportamento interpessoal atípico – o que ocorre, por exemplo, quando começa a tratar as pessoas de sua convivência de forma estranha e pouco condizente com a situação.

O discurso desorganizado caracteriza-se quando a fala de um portador de esquizofrenia é acompanhada com dificuldade pelo interlocutor. Clinicamente, o discurso desorganizado é expresso como descarrilamento ou como incoerência. O primeiro é expresso no nível inter-oracional e o segundo, no oracional.

O descarrilamento, descrito na Psiquiatria como perda das associações, se caracteriza quando o falante, ao mudar de uma sentença ou oração para outra, muda de tópico conversacional de modo a exigir a mudança de um quadro de referência para outro. De acordo com a American Psychiatric Association (1994), no descarrilamento são justapostos elementos sem relação significativa entre os elementos justapostos, nem em termos do contexto textual nem do ambiental.

Linguisticamente, o descarrilamento é descrito como “inconsistência e transições não usuais em como o mundo externo é codificado na linguagem” (Fine, 2006:211). Trocando em miúdos, no descarrilamento é afetada a consistência de coisas, eventos e circunstâncias entre as orações. Não há uma

cadeia coerente de referenciação – o que parece caracterizar uma fuga de idéias. As mudanças de tópico não são sinalizadas ao interlocutor, que muitas vezes fica sem referência para interpretar a mensagem. Algumas vezes, o portador de esquizofrenia faz associações entre partes anteriores de seu discurso com a atual ou entre o discurso do seu interlocutor com o dele próprio por meio de semelhanças de som, criando um novo tópico ideacionalmente irrelevante.

O outro fenômeno que caracteriza o discurso desorganizado, como citado anteriormente, é a incoerência, que é diagnosticada quando a fala não pode ser interpretada no contexto. O discurso fica incompreensível porque não há conexões significativas ou lógicas entre partes da oração. Tal distúrbio está relacionado ao uso da função ideacional da linguagem. Fine (2006) descreve o problema tanto no nível do significado quanto no da sua expressão léxico-gramatical. O problema, de acordo com ele, não é gramatical, mas na falha na sinalização de conexões lógicas. O ponto nodal da questão é que a interpretabilidade não é atingida porque “o mundo codificado na linguagem parece impossível” (p.219).

Uma das expressões da incoerência é o uso do que é conhecido na literatura clínica como salada de palavras. Tal fenômeno é notável quando os significados e as palavras que os codificam são escolhidos quase randomicamente, retiradas de vários campos ou quadros de significação. Tais significados diversos colocados lado a lado numa mesma oração não permitem nenhuma relação com o contexto.

A outra maneira pela qual a incoerência é expressa é a alteração na ordem das palavras em uma oração: se há distúrbios aí, alguns significados não são expressos claramente, o que resulta em incompreensibilidade.

Em relação ao discurso desorganizado, o autor ressalta a necessidade de sempre se levar em conta o fato de que, algumas vezes, também os falantes ditos normais trocam repentinamente a ordem dos elementos da oração ou mudam de tópico conversacional sem aviso prévio. Ele afirma que a diferença entre eles e os portadores de esquizofrenia é a frequência bem maior com que estes manifestam estes fenômenos.

Os sintomas negativos do bloqueio, da pobreza da fala e da pobreza do conteúdo da fala são, de acordo com Fine, expressos diretamente pela linguagem; de fato, tais sintomas são descrições de comportamentos lingüísticos atípicos e criam descontinuidade com o contexto, dando ao ouvinte a impressão de distúrbio mental.

O bloqueio, descrito clinicamente como bloqueio do pensamento, pode ser definido como pausa na fluência da fala (p.230). Falantes com bloqueio efetuam pausas nas mais variadas formações gramaticais: quanto menor for a unidade gramatical que contém a pausa, mais explícita é a evidência do bloqueio.

No caso da pobreza da fala, é diagnosticada quando, na interação, os falantes dizem menos do que é esperado. De acordo com Fine, há evidências de uso de uma sintaxe simplificada em vários níveis.

A pobreza do conteúdo da fala, em termos gerais, é a expressão de menos significados do que o esperado. Segundo Fine, observa-se, neste fenômeno, diminuição na frequência de uso de estruturas gramaticais complexas, como a subordinação, menor uso de circunstâncias e de modificações nominais, além de uso de expressões vagas, que não ensejam significados muito precisos.

O embotamento afetivo é descrito por Fine como um sintoma negativo diretamente relacionado à função interpessoal da linguagem. De acordo com ele, o afeto é expresso por meio de expressões faciais e também pela linguagem – que o expressa por meio de algumas estratégias, como: uso de expressões afetivas que envolvem um processo mental; uso de palavras avaliativas; de intensificação de palavras descritivas; mudanças de entonação; emprego de palavras de comprometimento com o conteúdo da informação (adjuntos modais e verbos modais); expressão de palavras que demonstram atitude.

Quanto à entonação, o embotamento do afeto é caracterizado pelo tom monótono da fala. Quanto às palavras que expressam atitude, às expressões afetivas, às palavras avaliativas e de intensificação e aos adjuntos e verbos

modais, são, ainda de acordo com Fine, menos utilizadas pelos portadores de esquizofrenia que pelos demais falantes, o que sugere apatia ou indiferença.

Como vimos, à semelhança da visão de Rochester & Martin, também na visão de Fine é a desconexão com o contexto o que faz o falante soar como esquizofrênico. De acordo com este autor, tal desconexão tem como consequência também a dificuldade de alcançar metas sociais. Dessa forma, fecha-se o quadro da doença: tem-se delineada a disfunção social/ocupacional, que constitui ela própria um critério subjacente da desordem psiquiátrica.

Fine lembra ainda que a desconexão com o contexto pode ser vista, do ponto de vista do processo social, como uma combinação atípica de partes de diferentes processos sociais ou, em outros casos, como um uso equivocado da ordem dos elementos dentro de um mesmo processo social. Está claro que, tanto em um como em outro caso, as metas sociais não são executadas.

No próximo capítulo, exponho os pressupostos da metodologia escolhida para lidar com os dados desta tese – a Lingüística de Corpus – e descrevo as características do corpus, do contexto de situação e dos colaboradores da pesquisa, bem como as ferramentas de pesquisa e os procedimentos metodológicos utilizados durante o trabalho de análise.

## **2) METODOLOGIA**

Neste capítulo, apresento, na primeira seção, algumas características do corpus da pesquisa e dos perfis dos colaboradores. Estes dados sobre os pacientes estão sintetizados no quadro 3.

Na seção seguinte, descrevo o contexto de situação em que os textos que constituem o corpus foram produzidos, atentando para as variáveis contextuais que dão forma ao registro associado à situação da entrevista psiquiátrica.

A seguir, caracterizo a entrevista psiquiátrica mais detalhadamente em termos de movimentos interativos e trocas de turno, para então, em uma nova seção, descrever os pressupostos da metodologia eleita para analisar os dados, advinda da Lingüística de Corpus.

Logo após, caracterizo o programa computacional *WordSmith Tools* (Scott, 2004), bem como as ferramentas disponibilizadas por ele que foram eleitas para o trabalho de análise do corpus.

Por fim, explico os procedimentos de coleta, organização e análise dos dados.

### **2.1) O corpus e os colaboradores da pesquisa**

O corpus da pesquisa é formado pela transcrição das falas dos pacientes em doze entrevistas psiquiátricas com pacientes diagnosticados como portadores de esquizofrenia, gravadas por dois profissionais em um consultório particular e em um posto de atendimento público de saúde mental, durante os anos de 2004 e 2005. O profissional A conduziu 50% das entrevistas, e o B, as outras 50%. O diagnóstico da doença foi informado pelo profissional que conduziu a entrevista. O tamanho total do corpus é de 27678 palavras, sendo 5171 verbos realizando função de processos – que representaram 18, 7% do total de palavras do corpus. Houve poucas diferenças de tamanho entre uma e outra entrevista.

Na sala onde os pacientes foram atendidos havia somente o paciente e

o médico, a quem foi dada total liberdade quanto à duração e aos tópicos abordados nas consultas.

Como pode ser visto no quadro abaixo, os pacientes são, em sua maioria, do sexo masculino (75%); já foram internados em períodos anteriores ao da consulta (83%); estão, em sua maioria, na faixa dos 20 a 29 anos (33%) e eram atendidos pela rede pública de saúde (75%).

As informações mais detalhadas sobre os pacientes encontram-se no quadro abaixo:

**QUADRO 3**  
**Dados dos pacientes**

| Pacientes | Idade   | Sexo      | Tipo de serviço médico utilizado | Internação anterior |
|-----------|---------|-----------|----------------------------------|---------------------|
| 1         | 30 a 39 | Masculino | Particular                       | Sim                 |
| 2         | 60 a 69 | Masculino | Público                          | Sim                 |
| 3         | 20 a 29 | Masculino | Particular                       | Sim                 |
| 4         | 20 a 29 | Feminino  | Público                          | Sim                 |
| 5         | 50 a 59 | Masculino | Público                          | Sim                 |
| 6         | 40 a 49 | Feminino  | Público                          | Sim                 |
| 7         | 30 a 39 | Masculino | Particular                       | Não                 |
| 8         | 20 a 29 | Masculino | Público                          | Não                 |
| 9         | 20 a 29 | Feminino  | Público                          | Sim                 |
| 10        | 40 a 49 | Masculino | Público                          | Sim                 |
| 11        | 40 a 49 | Masculino | Público                          | Sim                 |
| 12        | 30 a 39 | Masculino | Público                          | Sim                 |

Todos os pacientes aceitaram colaborar com a pesquisa, tendo lido e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido produzido por mim, nos termos determinados pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – disponível em <http://dtr2002.saude.gov.br/sinep/pesquisador/sinepMP.dll>. É imprescindível ressaltar que a coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do projeto pelo CONEP da PUC-SP.

As entrevistas gravadas não foram as primeiras experiências dos pacientes em atendimento psiquiátrico. Nos casos de atendimento em posto público de saúde mental, algumas entrevistas foram as primeiras a serem feitas entre o paciente e o médico, nos casos em que o primeiro atendimento – que chamam de triagem – foi feito por outro profissional.

Não houve preocupação em subcategorizar os pacientes de acordo com o tipo de esquizofrenia, tendo sido suficiente, para os propósitos da pesquisa, que fossem diagnosticados como portadores deste transtorno. No entanto, a apresentação de sintomas delirantes, em fase aguda ou prodrômica (residual), acabou por ser um critério usado pelos dois profissionais-entrevistadores, que seguem a linha schneideriana, de acordo com a qual o pensamento delirante é o sintoma por excelência e exclusivo da esquizofrenia (Schneider, 1978).

Nenhum dos pacientes atendidos apresentou quadro de desordem do pensamento: em todos os casos, seu discurso foi julgado como minimamente coerente, de modo que tal diagnóstico pôde ser excluído.

Nenhum dos pacientes apresentava quadros severos de esquizofrenia: pelo fato de já estarem sendo medicados, todos apresentaram sintomatologia média, com variações dentro deste quadro. Quadros de depressão foram comumente observados nos pacientes. Alguns deles apresentaram características semelhantes a quadros de mania. Resumindo, o perfil médio dos distúrbios dos pacientes colaboradores é sintomatologia média conjuntamente com co-morbidade – o que representa o quadro mais comum de manifestação da esquizofrenia (Fine, 2006).

Fine (2006) considera haver três dimensões que devem ser observadas para decidir quais sujeitos selecionar para o estudo do discurso de pacientes psiquiátricos. Uma delas é a severidade da desordem em termos de sintomatologia média ou severa. A segunda dimensão é a ausência ou presença de co-morbidades. A terceira é a tipicidade do caso ao longo de um contínuo que vai de comum a incomum. As três dimensões são independentes conceitualmente mas, na prática, são relacionadas, já que tanto casos “puros” quanto casos extremamente severos são incomuns.

Ainda segundo Fine, há vantagens e desvantagens de selecionar os sujeitos ao longo dessas dimensões. Os casos severos demonstram claramente as características lingüísticas relevantes e, com isso, tendem a ser bons casos para exemplificar, descrever e ensinar sobre os fenômenos. No entanto, são casos relativamente raros, o que faz com que quem aprenda através deles possa ter alguma dificuldade em diagnosticar os casos mais comuns – notadamente, os de sintomatologia média. Há ainda a possibilidade

de os casos severos diferenciarem-se de alguma maneira (inclusive em relação a traços lingüísticos) dos menos severos, que constituem a maioria. Já a sintomatologia média é mais difícil de identificar, sendo comuns, quando o médico se depara com eles, questionamentos do tipo: será mesmo que a sua fala indica o sintoma x ou y? Ensinar através desses casos pode, portanto, ter uma confiabilidade questionável. Soma-se a isso a possibilidade de casos de gravidade média não apresentarem clara atipicidade no uso de algum traço lingüístico específico. Por outro lado, esses casos são os mais comuns na prática clínica, o que valida o seu uso para fins de ensino e pesquisa.

Os casos de co-morbidade são também mais comuns de lidar na prática clínica que os casos “puros”. Dessa maneira, o seu uso na pesquisa e no ensino tem a vantagem de ser mais representativo da prática. No entanto, seu uso teórico é questionável, na medida em que, pelo fato de estarem misturadas atipicidades de duas desordens, as características lingüísticas relacionadas a uma delas são de mais difícil identificação. Nos casos que apresentam sintomatologia média e co-morbidade – que são os mais comuns –, as características lingüísticas relacionadas ao fenômeno pesquisado podem ficar mascaradas pelas características da co-morbidade.

Dessa maneira, lidar com os casos mais comuns permite generalizar mais, uma vez que são mais representativos da totalidade da população pesquisada. Sendo assim, uma vez que o foco da presente tese está nas características comuns à maioria dos participantes, e que seu foco não é demonstrar as características exclusivas do discurso de falantes com esquizofrenia, mas considerar seu discurso de maneira global, fica justificada a sua escolha.

## 2.2) O contexto de situação

Abaixo, encontra-se um quadro que contém, em linhas gerais, as variáveis contextuais que dão forma ao registro associado à situação da entrevista:

**QUADRO 4**  
**Entrevista psiquiátrica: variáveis contextuais**

| Campo                    | Modo                                                      | Relações                                      |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Relativamente irrestrito | Oral: referências principalmente ao contexto não imediato | Psiquiatra e paciente<br>Relativa formalidade |

Os assuntos abordados foram bem variados, variando conforme a experiência de vida, os problemas pessoais, as expectativas e a manifestação dos sintomas nos pacientes. No entanto, alguns itens lexicais foram recorrentes em todas as consultas. Tais itens dão pistas sobre o tipo de atividade social em questão, a situação em que a interação ocorreu, bem como sobre quais assuntos foram falados. Entre eles, podem ser citados eu, a senhora, doutor, cê, mim, tô, aqui, sou, remédio, que, mesmo que o leitor ou ouvinte não tenham informações sobre a interação, indicam que se trata de uma situação imediata de interação oral entre duas pessoas – provavelmente uma consulta médica –, com o paciente falando de si e de seu estado atual. Já os itens cabeça, Deus, Jesus, tropa, guerra, polícia, problema, sofri, doida, doente, hospital, espírito, voz, dão uma idéia mais precisa do tipo de consulta em questão – neste caso, dá pistas evidentes de que se trata de uma consulta psiquiátrica.

O modo oral também não é difícil de ser identificado apenas pela leitura ou escuta do corpus, dada a presença de marcas da oralidade (por exemplo, num, tava tá, cê, tô). O contexto a que os pacientes se referem é, na maioria das vezes, o não-imediato, uma vez que se encontram na clínica ou consultório para falarem de si mesmos e de suas experiências – vivenciadas fisicamente

ou mentalmente –, com intuito de se tratarem.

As relações entre os participantes foram, como regra, relativamente formais. O discurso dos pacientes apresenta evidências de pouca preocupação com a hierarquia, na medida em que, não raro, eles tomam o turno dos médicos, fazendo muitas interrupções e, inclusive, muitas perguntas. Muitas vezes, os pacientes introduzem novos assuntos ao longo da entrevista. No entanto, alguns dados evidenciam que esta relativa subversão hierárquica é limitada, já que há presença de marcas de formalidade, como os pacientes referirem-se ao entrevistador, normalmente, como senhor/senhora, mesmo nos casos em que o entrevistador era mais jovem que o paciente. Já os médicos em nenhum caso referiram-se ao paciente como senhor/senhora. É importante ressaltar que o papel do entrevistador como detentor do saber, com poder de diagnosticar, realizar prognósticos e curar é, a todo momento, reforçado pelos pacientes, que muitas vezes fazem perguntas sobre seu diagnóstico, sobre dosagens de remédios e prognóstico de sua doença.

A seguir, detalho a situação em que foi produzido o corpus desta pesquisa – a entrevista psiquiátrica –, para, então, apresentar os pressupostos da metodologia eleita para lidar com tais dados.

### **2.3) A situação: entrevista psiquiátrica**

Sullivan (1954) descreve a entrevista psiquiátrica como uma entrevista profissional na qual o entrevistador foi definido culturalmente como um especialista, investido da função de descobrir quem é o paciente. Para realizar tal diagnóstico, o psiquiatra procura ouvi-lo sobre o curso dos eventos vivenciados por ele, bem como o relato dos aspectos que o incomodam em sua vida. Dessa forma, é feita a anamnese, que pode ser definida como um procedimento no qual o médico avalia a situação do paciente.

Baseada na classificação de pares adjacentes apresentada em Martin (1992), os seguintes pares adjacentes são encontrados na entrevista psiquiátrica: chamado – resposta ao chamado; cumprimento – resposta ao

cumprimento; e, principalmente, pergunta – resposta, que constitui a maior parte da entrevista.

Fine (1994) observa que os movimentos de controle da interação são indicativos do tipo de interação. De acordo com ele, o primeiro falante de um par adjacente define o tipo de contribuição que o outro falante deve oferecer ou, pelo menos, rejeitar. O segundo falante é ouvido como reagindo à fala do primeiro falante: este primeiro falante exerceria, então, um controle local ao longo da interação. O autor afirma que a estratégia de um dos interlocutores assumir o controle da interação do começo ao fim – configurada quando um dos falantes só faz demandas de bens e serviços ou de informações, alocando o outro falante do par na posição de somente responder ou não responder à demanda por serviços ou informações – é típica de interações em que há uma assimetria entre papéis definidos socialmente, quando os falantes da interação apresentam status social desigual. Este é o caso, segundo Fine (2006), das entrevista médico - paciente – como a entrevista psiquiátrica – em que o médico assume o papel de guiar a interação.

É essencial dizer que, apesar de não negar que o caráter da comunicação seja essencialmente dialógico (Voloshinov, 1973), e que o diálogo seja a unidade essencial da interação verbal, o presente estudo, seguindo Rochester & Martin (1979), teve como foco o discurso, e não o contexto de situação, e, dessa forma, não considerou sistematicamente os padrões dialógicos da entrevista psiquiátrica. De fato, dar igual importância ao discurso do médico e ao do paciente, além de desviar a pesquisa de seu foco, não seria muito produtivo: os pacientes que participaram da pesquisa são falantes que produzem longos textos orais ininterruptamente na presença de um ouvinte. As entrevistas não foram propriamente uma conversação no sentido de dois participantes dividindo a parte falada da interação: em vez disso, o psiquiatra faz um esforço para não interromper o paciente.

Como regra, os turnos dos entrevistadores foram curtos e poucos (a média do número de palavras faladas pelo entrevistador nas consultas foi de 27%) e, salvo raras exceções, não houve interrupção dos turnos dos pacientes. Ao invés disso, e apesar desse comportamento não ter sido solicitado pela pesquisadora, eles tentaram facilitar a continuidade do discurso dos pacientes

usando, com muita frequência, marcadores conversacionais e perguntas cujo objetivo evidente é dar continuidade ao discurso do interlocutor, manter aberto o canal de comunicação. Exemplos são:

- 1) Hum-hum...
- 2) Sei...
- 3) E aí?
- 4) Como é que foi isso?
- 5) Tô entendendo...

Com isso, pode-se dizer que a pesquisa apresenta uma limitação óbvia: como em Rochester & Martin (1979), seus resultados não podem ser considerados representativos, em um sentido estrito, do uso lingüístico cotidiano na conversação diária, já que não foram produzidos em um contexto de diálogo propriamente dito.

As transcrições das fitas foram feitas de modo em que foram mantidos, com o máximo grau possível de fidelidade, o conteúdo original da fala tanto dos médicos quanto dos pacientes – isso significa, por exemplo, que foram mantidos os “erros” sintáticos ou de outra ordem.

Detalhada a situação de produção do corpus desta pesquisa, exponho a seguir os pressupostos da Lingüística de Corpus, abordagem eleita para fundamentar os procedimentos metodológicos e analíticos.

## 2.4) Pressupostos metodológicos: A Lingüística de Corpus

A Lingüística de Corpus trata da coleta e exploração de corpora – plural da palavra corpus. Um corpus pode ser definido como:

“um conjunto de dados lingüísticos (pertencentes ao uso oral ou escrito da língua, ou a ambos), sistematizados segundo determinados critérios, suficientemente extensos em amplitude e profundidade, de maneira que sejam representativos da totalidade do uso lingüístico ou de algum de seus âmbitos, dispostos de tal modo que possam ser processados por computador, com a finalidade de propiciar resultados vários e úteis para a descrição e análise” (Sanchez<sup>26</sup>, 1995).

Desta forma, fica patente a necessidade do objeto da Lingüística de Corpus ser constituído de textos reais, autênticos, atestados pelo uso.

Segundo Berber Sardinha (2004), há alguns critérios necessários para que um conjunto de dados lingüísticos possa ser considerado um corpus: a origem (os dados devem ser autênticos e escritos por falantes nativos – a menos que recebam o título de corpora de aprendizes, que são aqueles cujos dados são textos de falantes não nativos); o propósito (os dados devem ser objeto de estudo lingüístico); a composição (os dados devem ser escolhidos e colhidos com critério); a formatação (os dados devem ser legíveis por computadores); a representatividade (os dados devem ser representativos de uma língua ou de uma variedade lingüística – o que, na prática, significa dizer que o corpus deve ser o maior possível) e a extensão (o material deve ser vasto para ser representativo).

Segundo Kennedy (1998), o uso dos corpora não constitui por si só um ramo separado da Lingüística. A Lingüística de Corpus seria, segundo este autor, essencialmente uma lingüística descritiva adicionada de novas tecnologias. Apesar disso, Kennedy afirma que as análises baseadas em corpora têm conseqüências além da descrição lingüística, afetando até mesmo as metas da teoria lingüística.

Entendendo metodologia como um “modo típico de aplicar um conjunto de pressupostos de caráter teórico” (Berber Sardinha 2004:36), este autor

---

<sup>26</sup> A tradução da citação foi retirada de Berber Sardinha (2000:338).

afirma que a Lingüística de Corpus de fato pode ser vista como metodologia, já que é possível aplicar-se seu aparato livremente e manter a orientação teórica da disciplina de origem.

De acordo com Kennedy (1998), na LC é proposta – uma vez que segue os pressupostos da escola neo-firthiana – uma visão integrada de instância e sistema como uma entidade única vista por ângulos diferentes (assim como a gramática e o léxico). Conforme Kennedy, a LC considera legítimas as descrições da linguagem tanto em termos do sistema quanto do uso.

Segundo Kennedy, com o advento da Lingüística de Corpus, chegou-se à comprovação – ratificando a teoria de Firth – de que o uso da linguagem inclui considerável uso de construções recorrentes pré-fabricadas. A língua, na visão dos lingüistas do corpus, é usada de forma padronizada, através de colocações recorrentes, com itens ou seqüências de itens tendendo a ocorrer em contextos particulares.

Como pode ser visto em Berber Sardinha (2004), a língua apresenta uma grande quantidade de frases pré ou semi construídas, que são escolhidas de forma única (a escolha de um elemento implica na escolha de outro), apesar de parecerem escolhas segmentadas. Em outras palavras, a linguagem é vista como formada por porções lexicais (princípio idiomático). Segundo Sinclair (1995), o espaço formado pelo léxico e pela sintaxe é uno: a escolha de um item lexical ou de uma categoria gramatical reduz as possibilidades de escolhas tanto lexicais quanto gramaticais. Michael Halliday (1994), que também compartilha desta visão, chama esse espaço de léxico-gramática.

De acordo com Biber, Conrad e Reppen (1998), o uso da Lingüística de Corpus em Análise do Discurso procura responder à questão central de como a análise de padrões gramaticais e de palavras em um texto pode contribuir para a compreensão de seu sentido.

Berber Sardinha (2004) explica que tais padrões podem ser lexicais e léxico-gramaticais, e apresentam regularidade e variação sistemática. A padronização é evidenciada pela recorrência, pela repetição significativa: pelo conhecimento da freqüência atestada, pode-se estimar a probabilidade teórica de ocorrência de um determinado item.

“Os padrões de uma palavra podem ser definidos como todas as palavras e estruturas com as quais são regularmente associados e que contribuam para seu significado. Um padrão pode ser identificado se uma combinação de palavras ocorre com relativa frequência, se é dependente de uma palavra específica e se há um significado claro associado” (Hunston & Francis, 2000<sup>27</sup>, *apud* Berber Sardinha, 2004:39).

Segundo Berber Sardinha (2004), os padrões podem ser de três tipos. A colocação – tipo de padrão mais focado nos estudos de corpora – vem a ser a “associação entre itens lexicais, ou entre léxico e campos semânticos”. A coligação é a “associação entre itens lexicais e gramaticais” e a prosódia semântica, por sua vez, é a “associação entre itens lexicais e conotação (negativa, positiva ou neutra) ou instância avaliativa”.

É necessário recordar, como esclarece Kennedy (1998), que os corpora não nos podem dizer tudo a respeito de como uma língua funciona: eles não podem responder, por exemplo, quais estruturas e processos não são passíveis de ocorrência. O simples fato de uma estrutura não aparecer em um corpus considerado grande não significa que ela não seja passível de ocorrência. De maneira análoga, a simples ocorrência de uma estrutura num corpus não quer dizer por si só que ela seja possível gramaticalmente.

Como pode ser visto em Atkins, Clear e Ostler (1992), para se confeccionar um corpus e fazer as pesquisas propostas, deve-se passar por vários estágios – todos eles cumpridos durante o trabalho com o corpus desta tese. Primeiramente, deve-se decidir qual tipo de corpus será construído, tendo em mente o tamanho da amostragem, o período abordado, a variedade da linguagem.

Atkins, Clear e Ostler (1992) observam que a exaustividade e a representatividade são sempre questões pertinentes à montagem de um corpus, que pode consistir de uma população estatística total ou de uma amostra representativa dela. Segundo os autores, deve-se sempre considerar o fato de que todas as amostragens são parciais de alguma maneira, e de que quase sempre algum traço da população não está adequadamente

---

<sup>27</sup> HUNSTON, S.; FRANCIS, G. *Pattern grammar: a corpus-driven approach to the lexical grammar of English*. Amsterdã/Filadélfia: John Benjamins, 2000.

representado na amostragem. Isso, conforme estes autores, não invalida, por si só, os resultados de uma pesquisa, mas é necessário que as questões que surgem quando consideramos essa constatação sejam expostas da maneira mais honesta possível.

Como a exaustividade é muitas vezes uma meta impossível de atingir, Kennedy (1998) sugere que a representatividade deve ser obtida através de uma amostragem grande o suficiente para os propósitos da avaliação, mas pequena o suficiente para permitir maior detalhamento e profundidade de análise.

Conforme Atkins, Clear e Ostler (1992), a fase seguinte é a de processamento do corpus. Eles enumeram uma série de programas disponíveis para este fim, figurando entre os principais o *WordSmith Tools* (Scott, 2004), escolhido para o processamento do corpus desta tese. De acordo com os autores, o programa é um dos mais completos, já que oferece grande conjunto de ferramentas e é facilmente utilizável em microcomputadores.

A última etapa da montagem de um corpus, como esclarecem Atkins, Clear e Ostler, é a de conferir o que já foi compilado, verificando-se se há necessidade de acrescentar ou excluir algo, tendo-se em vista as propostas e finalidades do pesquisador. É sempre útil lembrar que, ao longo de todo o processo, o uso de softwares avançados não exclui um trabalho manual ainda árduo.

Tendo exposto os pressupostos metodológicos que orientaram os procedimentos metodológicos desta tese, descrevo a seguir a ferramenta usada para fins de processamento dos dados.

#### **2.4.1) Descrição das ferramentas: o *WordSmith Tools***

Para fins de processamento do corpus da pesquisa, utilizei o programa computacional para análises linguísticas *WordSmith Tools* (Scott, 2004). As

ferramentas disponibilizadas pelo programa são: *WordList*, *KeyWords* e *Concord*.

As funções principais distribuídas nas três ferramentas são: 1) Lematização, que é o agrupamento de duas ou mais formas diferentes em um mesmo item; 2) Classificação, usada quando se deseja ordenar listas e concordâncias por ordem alfabética ou de frequência, ou ainda por posição na lista de colocados; 3) Delimitação, quando se deseja escolher determinadas partes do corpus para serem lidas pelo programa.

Segundo Berber Sardinha (2004), três princípios básicos norteiam o funcionamento do *WordSmith Tools*. São eles: 1) Ocorrência: os itens devem necessariamente ocorrer num corpus, ser observáveis; 2) Recorrência: os itens devem ocorrer pelo menos duas vezes no corpus; 3) Coocorrência: os itens devem estar na presença de outros, mas não é necessário que apareçam seqüencialmente.

A ferramenta *Concord* disponibiliza concordâncias, que são desenvolvidas para a observação dos padrões de uso das palavras de um corpus. Nas palavras de Berber Sardinha (2004:187), a concordância é “uma listagem de ocorrências de um item específico, dispostas de tal modo que a palavra de busca (aquela que se tem interesse em investigar) aparece centralizada na página (ou na tela do computador)”. As concordâncias são dispostas em linhas, acompanhadas de seu cotexto – o contexto ao redor do nóculo (ou palavra de busca), que pode ser diminuído ou expandido.

Já os colocados, também segundo Berber Sardinha, são as palavras que ocorrem ao redor do nóculo, em posições relativas a ele. O *Concord* permite também verificação posterior das palavras que acompanham a palavra selecionada (suas colocações), e listas de frases ou grupos de palavras recorrentes (Scott, 2001). O estudo da prosódia semântica também é feito através das linhas de concordância. Berber Sardinha (2000b) ressalta que a prosódia semântica é a conotação “presente em um padrão lexical recorrente”, devendo configurar-se uma co-ocorrência sistemática, significativa, não eventual.

De acordo com Scott (2001), as prosódias semânticas do nóculo só podem ser determinadas por meio da consulta às linhas de concordância. Segundo o autor, as maneiras mais fáceis de saber as colocações de uma

palavra são consultando concordâncias ou dicionários de colocações – que também se baseiam em concordâncias.

De grande utilidade para a pesquisa em Lingüística de Corpus são as já citadas listas de colocados, que elencam as palavras que ocorrem ao redor da palavra de busca em posições determinadas; as listas de padrões de colocados, que fornecem um resumo dos colocados, agrupados nas posições em que são mais freqüentes; as listas de agrupamentos lexicais, que disponibilizam seqüências fixas de palavras recorrentes na concordância, e os gráficos de distribuição da palavra de busca, que representam visualmente as suas ocorrências, marcadas por um traço.

A ferramenta *WordList*, segundo Scott (2001) também uma das mais usadas nas pesquisas em Lingüística de Corpus, cria listas de palavras, que abarcam todas as palavras do corpus trabalhado, apresentando-as em ordem alfabética ou em ordem de freqüência. De acordo com Scott, informações de freqüência de palavras são muito úteis na identificação de características de textos e gêneros.

Outra ferramenta muito utilizada é a *KeyWords*, que usa duas listas de palavras: a do corpus de estudo e a de um corpus de controle (que deve ter pelo menos duas vezes mais palavras que o primeiro) e as compara, com o propósito de detectar as palavras-chave de um corpus. De acordo com Scott (2001:48), “a idéia é muito simples: se uma palavra é muito mais freqüente em um texto individual que em um corpus de referência, ela é provavelmente uma palavra-chave”.

Neste trabalho, utilizei as ferramentas *WordList* e *Concord*, cujos usos são descritos adiante. A seguir, apresento a maneira como o corpus foi coletado, organizado e processado, para então partir para as análises dos dados, no próximo capítulo.

## **2.5) Coleta de dados**

Os psiquiatras gravaram as consultas após a devida assinatura dos pacientes em um termo de consentimento. As consultas não foram realizadas com objetivo exclusivo de fornecer material para a pesquisa, já que foram feitas nos ambientes normais de trabalho, como parte de um atendimento de rotina. O médico só manteve gravadas, entregando a seguir à pesquisadora, as consultas de pacientes cujo diagnóstico foi de esquizofrenia. Os médicos estiveram sempre disponíveis para informação sobre os dados das fichas dos pacientes (com informações demográficas) – que, no entanto, não se revelaram úteis para os propósitos da pesquisa.

## **2.6) Organização dos dados**

As consultas gravadas foram transcritas e salvas em arquivos individuais no formato .txt. Para cada consulta, foram feitos três arquivos, um contendo toda a consulta, outro contendo somente as falas dos pacientes e outro contendo apenas as falas dos médicos.

## **2.7) Procedimentos de análise**

Após a criação do corpus da pesquisa, teve início a fase do processamento. A primeira ferramenta usada foi a *WordList*, para obter as listas de palavras dos arquivos que contêm apenas a fala dos pacientes. Baseada nesta lista, comecei a observar os processos mais freqüentes em seu discurso.

Selecionei esses processos mais freqüentes e, por meio da ferramenta *Concord*, comecei a fazer concordâncias deles. As concordâncias foram imprescindíveis para que pudesse chegar a padrões de processos, participantes e circunstâncias.

Momento houve do processo em que me deparei com uma questão: de que maneira o discurso dos falantes com esquizofrenia pode ser considerado “problemático”? Quando ia avançando nas análises, observei que, no nível puramente sintático, este discurso não apresentava nada de diferente do comum. Comecei a observar o componente lógico da metafunção ideacional,

mas cheguei à conclusão de que, do ponto de vista formal, o discurso não apresentava grandes dificuldades de coerência, salvo algumas exceções. Dessa forma, resolvi procurar em outras áreas do saber algo que me esclarecesse a questão da lógica. Recorri à Filosofia, que é a área por excelência que se ocupa de seu estudo.

Estudando um livro sobre Lógica (Alvim, 1957), de certa forma achei o que procurava: esta é uma área que é subdivida em Lógica Formal e Lógica Material. A primeira, que trata das relações inferenciais e de raciocínio, de certa forma é contemplada pela LSF em termos do componente lógico da metafunção ideacional, que também não me havia ajudado a responder a pergunta colocada. Já a Lógica Material revelou-se a instância “problemática” do discurso dos falantes com esquizofrenia: como ela trata do estudo da verdade e de suas várias definições e ângulos, entendi estar aqui a grande questão da diferença, uma vez que a esquizofrenia pode ser apreendida sobretudo no extrato lingüístico do significado, e não no do fraseado.

Mas como a LSF poderia dar conta disso? Percebi que esse aspecto é contemplado, mesmo que isso não tenha sido explicitamente formulado, pelas noções de contexto que a teoria nos oferece. Somente quando se traz à tona a relação do texto dos falantes com os contextos de cultura e de situação, sempre expressos no sistema da transitividade, é que podemos entender a questão da “alienação” – relativa, diga-se – dos falantes com esquizofrenia. Em seu discurso, os falantes com esquizofrenia muitas vezes fazem alusão a um contexto que não corresponde à noção de contexto compartilhada pela comunidade de fala, gerando um estranhamento por parte desta. Assim, os significados fraseados soam estranhos para a maioria. Estando certa de que o ponto nodal para a pesquisa seria a questão do significado, da representação da realidade, estabeleci seu escopo dentro do sistema da transitividade.

Tendo tal enquadre definido, comecei a analisar o corpus pelo viés da transitividade. Como uma de minhas preocupações era a de computar o número total de processos por categorias para ter uma idéia geral do comportamento lingüístico, em termos de transitividade, do discurso dos falantes com esquizofrenia, comecei o trabalho de analisar, linha por linha, as concordâncias de todos os processos encontrados no corpus. Essa

categorização permitiu a criação de um gráfico em que o corpus pôde ser representado em termos de processos.

As tabelas feitas encontram-se em anexo, neste volume. É importante dizer que o trabalho de análise exaustiva das concordâncias não foi tarefa da qual pudesse prescindir, uma vez que me propus a mapear quantitativamente os tipos de processos. Isso porque, como se sabe, um mesmo verbo pode ser classificado como pertencente a uma ou outra classe de processos, dependendo da função que desempenha na oração ou complexo oracional: na LSF, nada é absoluto; tudo é visto como em relação a.

Enquanto analisava as concordâncias e fazia as tabelas, algumas categorias de significado foram-se delineando, e um trabalho simultâneo foi feito nesse sentido: de fato, a análise pormenorizada das concordâncias foi o que me permitiu chegar às categorias semântico-discursivas que proponho mais adiante, no capítulo de análise. Algumas dessas categorias, como já foi dito na Introdução desta tese, confirmaram sua importância e consistência ao longo do trabalho analítico, e foram tomando formas cada vez mais claras; outras, no entanto, revelaram-se apenas ocorrências individuais, não tendo de fato configurado um padrão discursivo.

Neste momento do trabalho de pesquisa, um fato começou a salientar-se: percebi que estava sendo senão necessária, pelo menos importante, uma divisão dos processos quanto à sua autoria – ou seja, quanto ao participante principal. Foi então que comecei a confeccionar tabelas com os processos divididos por participantes: em primeira, segunda ou terceira pessoa do discurso. A partir deste momento, percebi que os dados me levaram, inexoravelmente, à análise de alguns aspectos da metafunção interpessoal. De fato, como observa Thompson (2004), tanto a perspectiva interpessoal quanto a ideacional são necessárias, uma vez que as orações carregam em si, simultaneamente, os dois tipos de significado. De acordo com este autor, em algum ponto, precisamos trazer juntas as duas análises (p.101).

A modalização, por exemplo, foi algo com o qual me deparei constantemente durante a análise, e os verbos modais mereceram uma tabela só para eles. A observação destes verbos, como pode ser visto no capítulo seguinte, teve importância capital para a proposta das categorias. Mesmo não

pertencendo ao sistema da transitividade, os dados levaram à observação dos modais. Compete lembrar aqui que a divisão da linguagem em termos de metafunções é feita para propósitos metodológicos, uma vez que as funções são desempenhadas simultaneamente. Ocorre que, muitas vezes, muitos fatos ficam mais claros justamente quando se observa o ponto em que as funções se tangenciam. Não me furtei, então, de fazê-lo, obviamente com o cuidado de não extrapolar a proposta da pesquisa e torná-la algo interminável.

Procuro, na próxima seção, descrever os resultados quantitativos do corpus de pesquisa para, em seguida (e muitas vezes, simultaneamente), discuti-los e propor maneiras de analisá-los qualitativamente.

Como mencionado, para cada tipo de processo foi feita uma tabela que contém os valores absolutos de cada categoria, bem como todos os verbos encontrados no corpus pertencentes àquela categoria, figurando ao lado de seus números absolutos. Uma tabela também foi feita para agrupar os verbos auxiliares, além de uma outra para agrupar os modais – obviamente, estas duas categorias não constaram do cômputo total dos processos, uma vez que não têm função no sistema da transitividade.

É necessário ressaltar que a classificação dos processos priorizou sempre o componente semântico: um bom exemplo é o verbo guardar – que, à primeira vista, seria um processo material, como em guardar as folhas –, que no corpus recebeu uma classificação como processo mental devido ao complemento na memória, dessa maneira adquirindo o sentido de memorizar. Muitas vezes, a classificação é controversa, principalmente no tocante aos processos comportamentais – em minha opinião, os de mais difícil classificação. À parte as possíveis controvérsias, procurei ser o mais fiel possível à proposta de Halliday (1994) e Halliday & Mathiessen (2004), procurando, para os casos mais difíceis, correspondência nos exemplos encontrados no livro.

Observo também que, muitas vezes, um mesmo verbo aparece em duas ou mais tabelas, dado que desempenhou a função de um ou outro processo, dependendo do contexto do seu uso.

Durante o trabalho do cômputo dos processos, considerei oportuno, como mencionei anteriormente, dividir as tabelas dos tipos de processo em três outras: a primeira abarcando os verbos que foram usados na primeira pessoa

do singular; a segunda, abarcando os verbos usados na primeira pessoa do plural e a terceira contendo os verbos usados na terceira pessoa do singular ou plural. Isso porque uma pergunta recorrente que me fazia, durante a análise dos processos, era se havia diferenças substanciais no modo como os falantes com esquizofrenia falavam de si próprios e no modo como eles representavam os acontecimentos ao seu redor. Essa divisão foi bastante oportuna e se mostrou bastante produtiva para a análise dos dados. Estas tabelas também constam do “Anexo” desta tese, e cada uma delas contém a lista de todos os processos usados em cada categoria acompanhados de seus números absolutos, bem como uma coluna correspondente aos modais, uma vez que assumiram uma importância fundamental na análise, como veremos a seguir.

É importante deixar claro aqui que o objetivo final da análise não foi encontrar evidências lingüísticas das categorias diagnósticas da esquizofrenia. Ao contrário: tento, aqui, fazer o caminho inverso. Após a observação sistemática do corpus da pesquisa com foco no sistema da transitividade, proponho categorias semânticas evidenciadas pela recorrência – categorias essas que foram uma forma de interpretação dos padrões/categorias gramaticais observados no corpus.

Ressalto o fato de que todo o trabalho foi feito simultaneamente: enquanto tentava apontar padrões oracionais, sempre procurei relacioná-los ao sentido subjacente a eles. À medida que percebia essas tendências/sentidos, procurava os padrões gramaticais que embasassem as categorias semânticas, sempre numa via de mão dupla.

Está claro que, em alguma medida, possivelmente a literatura resenhada das áreas de Psicopatologia/Psiquiatria tenha influenciado meu olhar sobre as categorias gramaticais encontradas no corpus, mas reforço que tentei deliberadamente interpretá-las baseada apenas nos padrões de transitividade: inclusive, algumas das características por mim observadas não foram sequer citadas nos diversos manuais estudados por mim. No entanto, é possível e até provável que as categorias às quais cheguei possam estar, de alguma forma, relacionadas aos sintomas ou às categorias diagnósticas.

Após a descrição do método de análise usado, é para a análise dos dados que me volto no próximo capítulo.

### **3) ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Este capítulo foi dividido em duas partes. Na seção seguinte, apresento um gráfico que representa a distribuição dos tipos de processo no corpus e que sintetiza o trabalho de análise quantitativa dos dados. Na seqüência, analiso detalhadamente os verbos que foram usados com mais freqüência para realizar a função de processos nos vários tipos de orações. Apresento os resultados usando termos referentes ao sistema da transitividade, como nomeados na teoria sistêmico-funcional. A análise dos verbos usados com freqüência relativamente baixa – que não constam deste capítulo pelas limitações de espaço (e por uma questão de compaixão pelo leitor!) – confirmou como padrões as estruturas léxico-gramaticais delineadas durante a análise do uso dos processos de maior freqüência no corpus. A síntese desta análise, que é uma resposta à primeira pergunta de pesquisa, de como os pacientes usam o sistema da transitividade, está apresentada sob a forma de quadros: para cada categoria de processos – e para as subcategorias dos processos materiais, relacionais e mentais – um quadro mostra os respectivos padrões de uso no corpus, assim como os respectivos exemplos deste uso.

Em um segundo momento, na segunda seção deste capítulo, sugiro possíveis significados para os padrões léxico-gramaticais: tais significados são apresentados na forma de categorias semântico-discursivas, advindas da análise minuciosa das categorias léxico-gramaticais. É importante ressaltar que cada categoria semântico-discursiva (também chamadas de categorias de sentido) não advém de um padrão léxico-gramatical apenas; de fato, tais categorias não advêm nem mesmo de vários padrões oracionais de um único tipo de processo. O que pôde ser observado foi as categorias semântico-discursivas terem sido realizadas por combinações de diversos padrões léxico-gramaticais de vários tipos de oração – ainda que um tipo de processo x tenha tido um peso preponderante em relação ao y ou z na materialização de cada categoria semântico-discursiva considerada individualmente.

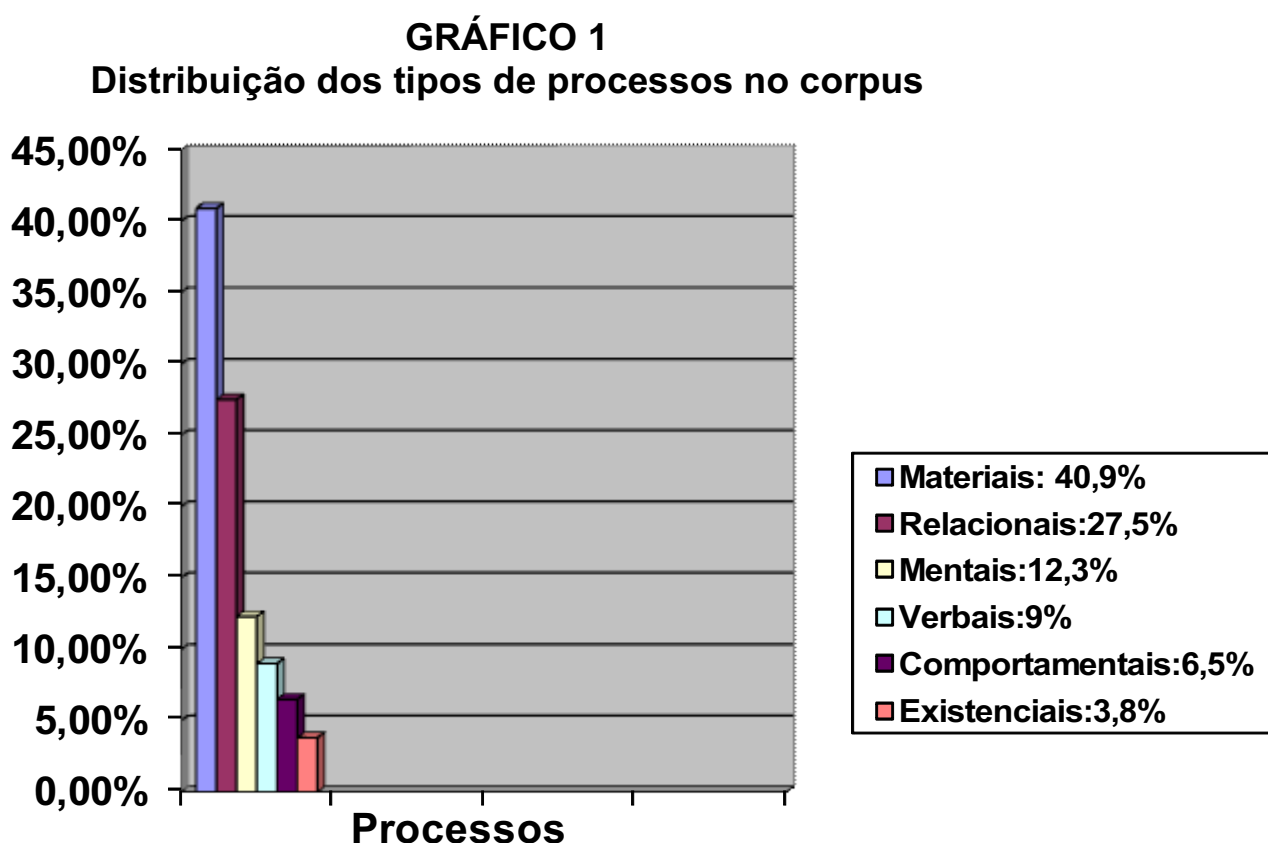
Ao fim da seção da apresentação das categorias, discuto os resultados das análises e tento fazer o diálogo necessário entre tais resultados e os resultados das pesquisas sobre esquizofrenia e linguagem resenhadas na

fundamentação teórica desta tese. Discuto, também, as relações entre as categorias semântico-discursivas e as características clínicas da esquizofrenia também apresentadas na fundamentação teórica

Para encerrar esta introdução à análise dos dados, é importante ressaltar que esta tese não se pretende uma abordagem exaustiva do discurso oral dos falantes com esquizofrenia, mas espera mostrar as vantagens de um trabalho sistemático de análise do discurso dos falantes, não havendo a preocupação de limitar a análise ao que é considerado desviante em tal discurso. Fundamental também é reforçar que as análises apresentadas são baseadas em entidades lingüísticas, e não psiquiátricas – apesar de ter havido uma preocupação em relacioná-las. Vamos, então, às análises.

### 3.1) O percurso analítico

Como foi mencionado anteriormente, o trabalho de análise teve início na contagem geral dos processos do corpus da pesquisa, e culminou na realização de um gráfico em que estão presentes as estatísticas de uso de cada tipo de processo. Pelo gráfico abaixo, pode-se observar com clareza o panorama do uso dos processos no corpus da pesquisa<sup>28</sup>:



Há 5171 ocorrências de verbos funcionando como processos no corpus: 40,9% são materiais; 27,5% são relacionais; 12,3% são mentais; 9% são verbais; 6,5% são comportamentais; 3,8% são existenciais.

Observe-se, portanto, que o corpus da pesquisa segue a divisão padrão dos demais corpora dos vários tipos de discurso da linguagem em geral em relação aos dois tipos de processos mais usados, com os processos materiais no topo, seguidos dos processos relacionais (ver, por exemplo, Halliday, 1992;

<sup>28</sup> O corpus em questão, conforme mencionado na Metodologia, é formado pelas falas apenas dos pacientes das consultas gravadas, tendo sido excluídas as falas dos médicos.

Lima-Lopes, 2001; Matthiessen, 1999; Shimazumi, 1996). O corpus analisado por Halliday é constituído por uma carta de mala direta que objetiva a obtenção de recursos financeiros; o analisado por Lima-Lopes é constituído por 104 cartas de vendas de produtos e serviços; o analisado por Matthiessen é constituído por vários tipos de textos e, finalmente, o analisado por Shimazumi consiste em 10 textos orais coletados em ambientes institucionais e incorporados ao *British National Corpus*. Em relação a todos estes corpora, o corpus da presente tese apresenta o diferencial de, apesar de os processos materiais terem sido os mais usados, o foram em menor proporção em relação aos demais tipos de processos.

Em relação aos processos mentais, que foram os terceiros mais usados pelos pacientes colaboradores desta tese, o seu uso foi maior que o dos processos verbais, que vieram a seguir, com uma diferença de 3,3 pontos percentuais. À exceção do corpus analisado por Shimazumi, que também apresentou um maior uso de processos mentais em relação aos verbais, todos os outros apresentaram esta proporção invertida.

As duas categorias de processos menos usadas – processos comportamentais e processos existenciais – tiveram nesta tese sua ordem invertida em relação ao corpus da pesquisa de Shimazumi, embora tenham tido proporção similar à encontrada no corpus de Matthiessen. O corpus da obra de Halliday não apresentou ocorrências destes dois tipos de processos, e o da pesquisa de Lima-Lopes apresentou uma proporção bem menor de ambos em relação ao corpus total, com ambos apresentando frequência similar.

Com isso, é possível conjecturar que um maior uso de processos mentais pode ser uma característica peculiar do corpus de falantes com esquizofrenia – pelo menos, de seu discurso durante consultas psiquiátricas, em que, obviamente, os pacientes são instados a falar de seu estado mental com maior frequência. O menor uso de processos materiais também parece ser uma característica mais diretamente relacionada ao tipo de corpus analisado nesta tese. Tal traço corrobora os achados desta pesquisa que, como pode ser visto na próxima seção, apresenta a inação como a sua primeira categoria semântico-discursiva. A inação, como indicam os dados, parece estar ligada não só à modalização dos processos materiais, mas também ao menor uso destes em relação aos mais variados corpora. Quanto ao maior uso de

processos comportamentais em relação aos existenciais, pode-se também inferir que é resultado do contexto de situação: como os dados foram coletados em entrevistas psiquiátricas, os pacientes possivelmente tendem a falar mais de si, de seu comportamento fisiológico e psicológico, que de outras pessoas, coisas ou entidades.

De qualquer forma, esta tese não pretende realizar uma discussão exaustiva acerca do uso do sistema da transitividade em comparação a outros corpora. Tal discussão mereceria um espaço próprio e focado em tal questão; ademais, devido à opção por não ser um estudo contrastivo, esta questão foge ao escopo deste trabalho – ficando, aqui, uma sugestão de uma instigante pesquisa futura.

Voltemos aos dados: tendo em vista a frequência de uso dos processos, disponibilizada pela lista de palavras, comecei a analisar detalhadamente os mais utilizados pelos falantes com esquizofrenia no corpus em questão. O acompanhamento desse trabalho de análise individual das formas verbais pode ser, de alguma maneira, maçante para o leitor, mas não houve maneira de esquivar-me de fazê-lo.

A análise teve como ponto de partida os processos relacionais, já que, individualmente, cada forma verbal que tem essa função é usada com uma frequência bem maior que a dos demais. Como tais formas aparecem logo no topo das listas de palavras, optei por começar daí. Após o trabalho com os processos relacionais, analisei separadamente os processos que mais apareceram no corpus agrupando-os em blocos: por exemplo, fazer e ir, respectivamente aparecendo em 5º e 6º lugar na lista dos mais frequentes, foram agrupados no mesmo bloco por sua função semântica – a dos processos materiais. Esse mesmo trabalho foi feito em relação aos demais verbos mais frequentes, agrupando-os em blocos de mesma função semântica, correspondentes às várias categorias de processos.

Já a apresentação das análises, para facilitar o acompanhamento e a visualização do leitor, começa pelos processos materiais, que foram os mais usados no corpus. Logo após, são apresentadas as análises referentes aos processos relacionais, os segundos mais frequentes, e assim por diante, em ordem decrescente de frequência do uso. Para cada categoria de orações,

foram analisados os verbos utilizados com maior frequência na função de processo.

A apresentação dos resultados das análises foi organizada tendo em vista que os processos analisados realizam funções em orações que podem apresentar uma conotação negativa, positiva ou neutra. Assim, a conotação revelou-se extremamente importante na análise da transitividade. Além da conotação, para cada tipo de oração houve um aspecto que se revelou fundamental na análise. Dessa maneira, a análise pôde mudar o foco dependendo do aspecto principal encontrado nos vários tipos de oração.

Vamos, então, às orações com processos materiais:

### 3.1.1) Processos materiais

#### 3.1.1.1) Verbo fazer

O verbo **fazer** apresentou 231 ocorrências no corpus, tendo sido o sexto mais usado como processo pelos pacientes, e o primeiro na categoria dos materiais. Analisaremos abaixo as formas mais freqüentes com que foi usado.

#### 1ª forma mais freqüente: **fazer** – infinitivo (81 ocorrências)

Note-se que, das 81 ocorrências de **fazer** no infinitivo, 80% são colocadas com um modal ou com as partículas num e não, aparecem em tempos verbais futuros ou, ainda, estão no subjuntivo – o que sugere uma inação dos pacientes. Parece que, no discurso esquizofrênico, o **fazer** é um não fazer, um ter que fazer, um não poder fazer ou um faria.

Exemplos:

- 1) Sabe quê que eu tava querendo **fazer**?
- 2) Eu vou **fazer** o exame só pra tirar as hipóteses.
- 3) Nunca fiz curso pra **fazer** nada...
- 4) Depois tem que **fazer** as divisórias do resto...
- 5) A espuma nuclear que eu tenho que **fazer** de quatro em quatro anos isso.
- 6) Mas eu parei de **fazer**...
- 7) Então, eu vi que a tropa de doze homens, ela não iria **fazer** muito.
- 8) Depois eu vim pra cá, quando eu adoeci meu pai pegou e me proibiu de namorar, me prejudicou, disse que eu num podia **fazer** nada disso porque...
- 9) Se eu pedir pra **fazer** uma oração por você, você tem energia procê ganhar metade e eu metade.

Interessante notar que 62,5% dessas 64 ocorrências estão colocadas com eu – com o ator implícito ou explícito (como nos exemplos 1 a 3, 5 e 6, 8 e 9), e 37,5% com atores em terceira pessoa (como nos exemplos 4 e 7).

Quando o ator foi o próprio paciente – ou seja, eu –, ele não fez algo em uma proporção maior (em 68% das ocorrências de não fazer) que quando eram outros atores (que não fizeram algo em 32% deste tipo de oração). O que não foi feito foi basicamente algo positivo, no caso dos pacientes, e algo negativo, no caso de terceiras pessoas.

Quando fizeram algo, os pacientes fizeram em igual número ações positivas e negativas, e os outros fizeram mais coisas negativas que positivas. Nas orações em que eu era o ator, as coisas foram basicamente não feitas (75% não foram feitas e 25% foram feitas).

O que chama a atenção é que, quando o ato é efetivamente feito, a maioria das vezes ele apresentou como colocado ter que. Parece que, nas vezes em que um ato é efetivamente feito, ele é imposto de fora.

Exemplos:

- 10) Então, eu saí daqui pra **fazer** o que tinha que ser feito. (neste caso, o que tinha que ser feito era o paciente entrar no tubo nuclear)
- 11) Eu tive que **fazer** uma viagem...

Note-se que, tanto em 10 como em 11, o que foi feito era um imperativo, representado por **ter que**. Isso indica que os atos efetivamente feitos foram feitos devido a um dever, imposto para os falantes ou internalizado por eles. É importante ressaltar que os casos em que as orações tinham como processo **fazer** apresentaram uma maioria de metas como segundos participantes, num total de 67% das orações. Os outros 33% tiveram uma extensão como participante. Tanto metas como extensões apresentaram uma maioria de conotações negativas.

2ª forma mais freqüente: **fiz** – passado – primeira pessoa (36 ocorrências)

Quando este processo aparece na primeira pessoa e no passado (fiz), é quase sempre acompanhado de palavras de sentido negativo: nada; não; nunca; meu pai sofrer; minha mãe sofrer. Observe-se que, nesses casos, o beneficiário é sempre alvo de uma ação negativa. Quando o sentido é neutro ou positivo, os colocados que acompanham o verbo são pouco usuais (exemplos 15 e 16) e/ou, analisados no contexto da oração, parecem pouco

factíveis (exemplos 16 e 17). Nesses casos, o discurso sugere delírio, ou uma realidade apenas mental.

Exemplos:

- 12) Que eu errei, que eu deixei minha mãe sozinha, deixei minha mãe sofrendo, **fiz** minha mãe sofrer muito, **fiz** meu pai sofrer muito, fui falando essas coisas.
- 13) Nunca **fiz** curso pra fazer nada...
- 14) Quando eu vi que eu tava fazendo coisa errada, eu **fiz** um mandado pra me prender.
- 15) **Fiz** o negócio da Xuxa aqui.
- 16) Essa parte aqui, isso aqui é o diploma, néh, que eu **fiz** do imperador.
- 17) Então, quando eu **fiz** o programa a respeito disso, eu tava preocupado com, com a covardia no mundo, e tal, né?

É curioso observar que, das 36 ocorrências encontradas, apenas uma meta apresenta sentido positivo. Deve-se acrescentar que, também aqui, o número de metas foi bem maior que o de extensões (70% a 30%).

Dessa forma, o padrão do discurso dos pacientes é que fazem algo negativo com alguém; quando fazem algo positivo, é quase sempre na realidade mental (no delírio).

3ª forma mais freqüente: **faço** – presente – primeira pessoa (20 ocorrências)

As orações cujo processo é realizado pelo verbo fazer no presente e em primeira pessoa – **faço** – normalmente apresentam conotações negativas: só coisa errada; coisas – indicando as ações relacionadas à doença mental – ou apenas uma ação verbal: discurso, quando relatam fatos delirantes.

Exemplos:

- 18) Parece que eu sou normal, só que eu só **faço** coisa errada...
- 19) Tô com um pouquinho de depressão, mas por exemplo, igual, tem hora que eu **faço** coisas, por exemplo, que parece que eu penso que num tem problema e tem problema.

Também a forma **faço** veio acompanhada de uma maioria de metas e de poucas extensões, ambas apresentando uma maioria de significados negativos.

Assim, quando se analisa o corpus, fica claro o padrão gramatical das orações materiais – todas do tipo criativo – cujo núcleo é **fazer**, de serem acompanhadas de elementos modalizadores ou, no caso de ações efetivamente realizadas, serem realizações negativas.

### 3.1.1.2) Verbo ir

O verbo **ir**, que contou com 162 ocorrências no corpus, foi o segundo mais usado como processo material e o sétimo verbo mais usado na função de processo pelos pacientes (assim como o verbo **ter** no sentido existencial, que apresentou o mesmo número de ocorrências).

1ª forma mais freqüente: **fui** – primeira pessoa – passado (29 ocorrências)

Nas orações materiais com verbo **ir** na forma **fui**, a conotação neutra foi a predominante, e ocorreu quando as circunstâncias oracionais não apresentaram sentido nem positivo nem negativo.

#### **Com circunstâncias de conotação neutra (51%)**

Exemplos:

- 20) Não, eu **fui** pra casa de um colega meu, aí a hora que eu cheguei lá, na casa dele, eu falei: "Ô, eu tô com fome!".
- 21) Casou, mora aqui, tem duas filhas, e eu, eu **fui** lá umas duas vezes, na casa do pai dele - ele mora na rua da casa do pai dele...

#### **Com circunstâncias de conotação negativa (28%)**

Exemplos:

- 22) Há vinte e oito anos que eu moro na rua... É, quatro anos de idade que eu **fui** pra rua.

- 23) Nesse réveillon desse ano, agora, em dezembro, eu **fui** pro centro, sozinha, tava andando sozinha, sabe, andava sozinha, aí os homens me pegava pra me pôr dentro do carro...

### **Com circunstâncias de conotação positiva (21%)**

Exemplos:

- 24) Eu **fui** na praia, treinar capoeira na praia... Meu Deus do céu! Cê já foi na praia, doutor?
- 25) A primeira vez, eu fiquei um ano e tanto lá [em São Paulo], néh? Depois, eu fiquei um... Depois eu **fui** lá pra passear, mesmo.

Como pôde ser visto, as circunstâncias de conotação neutra predominaram, seguidas pelas negativas e, logo depois, pelas positivas. No caso de **fui**, o que mais chamou a atenção foram algumas circunstâncias que parecem não condizer com a realidade da comunidade de fala.

Exemplos:

### **Circunstâncias de causa**

- 26) Mas eu num **fui** muito foi porque eu quero que a Igreja Católica me coloque no devido lugar que me cabe.
- 27) Aí, quando eu **fui** lá para procurar minha, minha tropa, já tinha desligado do sistema, porque o sistema era telepático, néh, então me perseguia na hora.

Também as **circunstâncias de lugar** e as circunstâncias de companhia podem ser pistas de uma realidade apenas mental:

Exemplos:

- 28) Quando a viatura chegou, eu saí meio assim do acidente e **fui** pro império do corpo de bombeiro...
- 29) Eu **fui** pro céu vivo.Vivo. Só num morri aqui, tornei, viv, torn, morri dormindo, acordei dormindo.

### **Circunstância de companhia**

Exemplo:

30) Só sei que os da polícia chamou eu, botou eu dentro do carro, **fui com eles [os policiais]**, peguei a espingarda, assim, cartucheira...

Observando os exemplos acima, percebe-se que as circunstâncias – todas associadas a tempos passados – são indicativas de situações em que os pacientes se investem de um papel e, por vezes, de um poder, não vivenciados na realidade social.

Em 26, por exemplo, qual seria o verdadeiro lugar que cabe ao paciente? Considerando-se a totalidade da sua consulta, o lugar pleiteado por ele – e, mais do que isso, considerado por ele como seu de direito – é um posto de jogador titular em um grande time de futebol. Em 27, outro paciente se mostra como possuidor de, ou responsável, por uma tropa – o que seria factível apenas se ele fosse um militar de alta patente, quando, no entanto, tem-se a informação de que ele, de fato, não o é. Em 28, um terceiro paciente afirma que foi pro império do corpo de bombeiro: algo prosaico, como o corpo de bombeiros, foi investido de grandiosidade. Em 29, um outro afirma que foi pro céu vivo – fato descrito apenas em histórias de santos católicos. No mínimo, o status esperado de alguém que realiza esta ação é o de um escolhido de Deus para estar com Ele. Enfim, o paciente do exemplo 30 afirma ter sido chamado pelos policiais a ajudá-los, a ir realizar uma ação com eles. Ora, isso seria factível apenas se ele fosse policial ou se tivesse um cargo hierarquicamente superior ou complementar ao da polícia: certamente, acompanhar os policiais em uma ação em que inclusive é permitido o manejo de uma arma não é tarefa para um simples cidadão.

Curiosamente, os lugares que dizem ter ocupado são em instituições, como polícia, bombeiros, Igreja Católica e Exército. No mínimo, os pacientes se colocam ligados a elas de alguma maneira, seja quando demonstram intimidade com pessoas que têm realmente poder de decisão nessas instituições, seja quando mostram uma ascendência sobre elas. O que parece acontecer é uma auto-representação como alguém poderoso, sugerindo construção de uma realidade paralela à realidade compartilhada da comunidade de fala. Isso porque, via de regra, como veremos ao longo da análise, os pacientes mostram-se inativos e com uma profunda sensação de incapacidade. Quando, em alguns momentos – nunca no tempo presente –,

sugerem o inverso, tais afirmações soam estranhas e paradoxais, é possível que se trate de projeção de outra realidade – em termos da Psicopatologia, é possível que se trate de um delírio. Tal projeção de identidade investida de poder seria uma resposta ao sofrimento que vivem devido à sua identidade social? Seria por que a realidade social se mostra cruel demais para eles?

2ª forma mais freqüente: **vou** – primeira pessoa – presente ou futuro (11 ocorrências)

Interessa observar que, entre as 11 orações, não houve nenhuma com conotação positiva. Em todas elas, a circunstância foi a responsável pela conotação – que, em todos os casos, foi negativa.

Exemplos:

- 31) E se eu fizer isso com alguém, eu **vou** pra cadeia ou **vou** pro manicômio?
- 32) Eu **vou** com arma, néh?

3ª forma mais freqüente: **vai** – terceira pessoa – presente ou futuro (8 ocorrências)

Aqui, as circunstâncias associadas ao processo apresentaram maioria (75%) de conotações negativas, como pode ser conferido nos exemplos abaixo:

- 33) Tipo **vai** pra guerra, sabe como é que é?
- 34) Se eu deixar ela sozinha muito tempo, ela **vai** pra rua...

Dessa maneira, pode-se constatar que, quando fazem uso do verbo **ir** em orações materiais (nestes casos, configurando-se todas elas como materiais do tipo dispositivo), os pacientes utilizam circunstâncias predominantemente negativas, tanto quando os atores são eles mesmos quanto quando são outras pessoas. Ou seja: quando vão a algum lugar, via de regra, não é um lugar bom ou agradável. Outra tendência constatada no

discurso dos pacientes é a de orações com verbo **ir** no passado e em primeira pessoa aparecerem com circunstâncias em que está presente uma instituição – polícia, igreja, bombeiros, exército – ou algum item lexical que a evoque, em contextos em que o paciente se insere no ambiente institucional, representando-se como alguém que dispõe de poder.

### 3.1.1.3) Verbo **dar**

O verbo **dar** foi o décimo mais usado como processo pelos pacientes, num total de 82 ocorrências. Considerando-se apenas a categoria dos processos materiais, foi o terceiro em uso. Vamos às suas principais formas de uso, encontradas no corpus.

#### 1ª forma mais freqüente: **dá** – presente – terceira pessoa (24 ocorrências)

As orações materiais com verbo dar na forma **dá** apresentam como padrão eu como beneficiário e ator em terceira pessoa. Isso faz com que o ouvinte/leitor perceba os pacientes como um tanto vulneráveis e dependentes.

Exemplos:

35) Eu quero uma camisa e um short do Cruzeiro, a senhora me dá?

36) Uma vez, sabe doutor, eu ia morrer lá de tanto remédio que eles **dá a gente**, lá ele mata pessoa, doutor...

#### 2ª forma mais freqüente: **dar** – infinitivo (16 ocorrências)

O padrão de uso é um ator em terceira pessoa e eu como beneficiário (me). O que mais chama a atenção é o fato de o **dar** estar sempre acompanhado de um elemento lexical que indica que a ação não foi efetivamente feita, como nos exemplos abaixo:

37) Eles num iam dar atenção pra mim mais, não.

38) Briga comigo pra pra pra, pra num me **dar** moradia, nem nada, num dá assistência nem nada.

39) Tenho um pouco. Mas se me **dar** a receita, é bom...

Um fato interessante é que, quando o participante é eu, o **dar** também é modalizado.

Exemplos:

40) O que eu tenho vontade agora é de **dar** um murro na cara daquele padre, estourar o crânio dele, na porrada!

41) Eu acho que se uma pessoa mexer comigo, eu tenho coragem de **dar** uma facada na pessoa.

42) Pra mim cozinhar pra evitar de **dar** amolação pra ele.

3ª forma mais freqüente: **dou** – presente – primeira pessoa (4 ocorrências) e **dei** – passado – primeira pessoa (4 ocorrências)

Quando a forma verbal foi **dou**, a maioria das ocorrências foi não dou conta de, como sinônimo de não consigo, como em:

43) Eu num **dou conta** de fazer nada, doutor.

No caso de **dei**, os pacientes usaram essa forma somente quando contaram narrativas fantásticas, como em:

44) Subi na serpente. A primeira espada, eu, a primeira espada **dei errado**. Depois, **dei mais duas espadadas** nela assim, ó. Espadadas...

Assim, conclui-se que, quando o ator é o próprio paciente, o dar é efetivado em situações vividas apenas na sua realidade mental; quando se trata de situações da vida cotidiana, o dar é modalizado de tal maneira que se pode falar que o ato não existiu de fato. De tudo, o que mais chama a atenção é o fato de eu aparecer massivamente como beneficiário, o que sugere que o paciente se coloca nesse papel com grande freqüência. No entanto, ele muito espera e pouco recebe (como nos exemplos 37 e 38). Mais uma vez, sua situação malograda se confirma: parece haver pouca autonomia, muita dependência de outras pessoas, e muito pouca interação entre ele e elas.

#### 3.1.1.4) Verbo **passar**

O verbo **passar** foi o 12º mais usado como processo no corpus, somando 71 ocorrências, ou 1,37% do total de processos. Na função de processo material, foi o quarto mais usado.

Observa-se que os tempos mais usados pelos pacientes quando fizeram uso de **passar** foram os não-finitos: em primeiro lugar, o gerúndio e, logo a seguir, o infinitivo, com apenas uma ocorrência a menos.

##### 1ª forma mais freqüente: **passando** – gerúndio (21 ocorrências)

O ator do processo somente apareceu em terceira pessoa, e foi, via de regra, o protagonista de algo que provavelmente só existiu na realidade mental do paciente (como em 45 e 46) – à exceção do exemplo 47.

Exemplos:

- 45) Eu cheguei, a ambulância **passando** na rua, carro de polícia, carro de CEMIG, um montão de carro **passando**, os outros dando tchau pra mim, e só eu que enxerguei.
- 46) Porque como que eles iam fazer isso na hora que eu falei, de uma hora pra outra aparecer carro de polícia e ambulância? Ficou **passando** toda hora na rua. Umas quatro horas passando direto.
- 47) Eu já estou com vinte e sete anos; se eu continuar doente das doideiras, as horas vão **passando**, e eu num vou aproveitar nada da minha vida.

Assim, tem-se que só passa (no sentido de locomoção) o que está na realidade mental do paciente; fora isso, apenas as horas, enquanto nada acontece em sua vida. Tem-se, através de seu discurso, a impressão de que só o que está fora da realidade objetiva do paciente se movimenta, e de que só o que não é ele próprio é passível de ação ou, pelo menos, de uma ação bem-sucedida.

##### 2ª forma mais freqüente: **passar** – infinitivo (20 ocorrências)

Quando o ator é eu, a ação de passar nunca é efetivada.

Exemplos:

- 48) Aí a hora que eu fui **passar** nela, o cachorro foi e morreu. Se eu tivesse passado na minha filha, eu ia matar ela.
- 49) Fiz um curso com a B... Comecei a fazer, só que como eu já sabia desenhar, ia **passar** pra tela, aí eu num... Num quis continuar, não.

Quando o ator está em terceira pessoa, ou a ação de passar também não transcorre (como em 50, em que a ação provavelmente vai acontecer, mas ainda não é um fato), ou quando ocorre, é sempre relacionada a uma meta ou circunstância negativa (como em 51).

Exemplos:

- 50) Agora, dia primeiro agora ela vai **passar** pelo ginecologista.
- 51) A tia num vale nada, casa com um gigolô traficante dentro de casa, deixa ela **passar** fome, dificuldade...

3ª forma mais freqüente: **passa** – terceira pessoa – presente (10 ocorrências)

Na forma **passa**, o que ocorre é que o que está em questão não passa – o que é evidenciado seja pela presença dos marcadores de polaridade num e não (como em 52 e 53), seja por algum elemento modalizador (exemplo 54).

Exemplos:

- 52) Enquanto tem vida pra mim é isso: num **passa**, não **passa**!
- 53) O que eu sinto por eles é ódio, e o ódio não **passa**...
- 54) Eu tenho essa idéia, de como eu poderia colocar um estepe novo em moto, entendeu? Aí eu lanço essa idéia pra senhora. A senhora vai, **passa** pra, se a senhora tem dinheiro, a senhora **passa** na minha frente, e faz o lançamento do estepe...

Nos tempos passados, também ocorre fato semelhante: quando a ação se concretiza, é sempre associada a circunstâncias ou metas negativas.

Exemplos:

- 55) Diz que eu até ácido muriático eu **passei** na perereca.

- 56) Eu tenho uma cabeça fraca que eu nem li o Baygon. Aí o cachorrinho veio coçando muito, e eu **passei** no cachorrinho primeiro.

#### 3.1.1.5) Verbo **acontecer**

O verbo acontecer foi o 13º mais usado pelos pacientes, em 51 ocorrências – o que corresponde a 0,98% de todos os verbos com função de processo. Considerando-se apenas a categoria dos processos materiais, foi o quinto mais usado para desempenhar esta função. Vamos às suas formas mais freqüentes.

1ª forma mais freqüente: **aconteceu** – 3ª pessoa – passado (19 ocorrências)

O padrão de uso no corpus foi aconteceu comigo. Em todos os casos, as orações sugerem que algo ruim aconteceu com o paciente. A maioria das ocorrências apareceu na projeção de idéia de orações mentais cujo processo era do tipo cognitivo.

Exemplos:

- 57) Mas eu fiz um compromisso com Deus, e com as pessoas que me atendem, que eu não queria, e nem quero lembrar do que **aconteceu** comigo.
- 58) Aí eu, aí eu, aí ela derrubou pro chão assim, deu um salto mortal assim, ó, num sei o quê que **aconteceu** comigo, eu caí no chão...

A seguir, em número de ocorrências, **aconteceu** foi usado para dar à narrativa um elemento mais vibrante e interativo, uma vez que apareceu em orações no modo interrogativo, precedidas por elementos como aí, nisso, então, indicando que o interlocutor está sendo preparado para escutar a seqüência da narrativa – normalmente, um dos seus pontos de maior interesse.

Exemplos:

- 59) Aí, o quê que **aconteceu?** Eu comecei a ficar meio, meio neurótico da cabeça, comecei a ter idéia de suicídio...

60) Aí, quê que **aconteceu?** Dele tá fardado, e com um 38, eu falei: "Há, há, cê vai brincar com ele, palhaço!".

Em muitos casos, o existente normalmente é algo contrário ao pacientes, como em 61 e 62: o negócio do assalto, o que tinha que acontecer (uma fatalidade):

61) Aí veio, aí **aconteceu** o negócio do assalto comigo, com ele.

62) **Aconteceu** o que tinha que acontecer.

O que mais chama a atenção é o fato de os pacientes quase sempre usarem **aconteceu** colocado com comigo, quer quando se trata de oração material, quer quando a oração é existencial. Quando aparece esta colocação, a prosódia semântica é claramente negativa. Em relação aos pacientes em geral, parece haver um sentimento de que as coisas sempre são pessoais e de que a vida os elegeu para serem vítimas – e não atores – dos acontecimentos.

2ª forma mais freqüente: **acontecendo** – gerúndio (10 ocorrências)

Quando usam **acontecendo**, o padrão é o que que tá acontecendo? Ou por que que tá acontecendo?, sempre no modo interrogativo e sempre acompanhado de um existente que, mesmo que na oração seja apenas um pronome, pode ser resgatado anteriormente no texto como um evento aflitivo ou preocupante para os pacientes.

Exemplo:

63) Essas pessoas tão assim, sem entender o que tá **acontecendo** comigo, por quê que tá **acontecendo** isso comigo, o quê que tá **acontecendo?**

3ª forma mais freqüente: **acontece** – 3ª pessoa – presente (9 ocorrências)

Quando a forma utilizada é **acontece**, a colocação padrão é igualmente no modo interrogativo: o que que acontece comigo? e por que que acontece isso comigo?. Em todos os casos, o evento é sempre contrário ao paciente.

Exemplo:

- 64) Agora, por quê que parece que eu sou normal e **acontece** isso comigo?

#### 3.1.1.6) Verbo **morrer**

O verbo **morrer** foi o 14º mais usado na função de processo, contando 50 ocorrências, ou 0,96% do total de processos usados no corpus. Contando suas várias formas verbais, foi o sexto mais usado na função de processo material.

1ª forma mais freqüente: **morrer** – infinitivo (17 ocorrências).

O que mais chamou a atenção no modo como este verbo foi usado no infinitivo foi o grande uso do processo acompanhado de auxiliares como ia e vai (nestes casos, funcionando como modalizadores). A morte parece ser vista como algo muito próximo, sempre rondando a vida dos pacientes, que se assustam de ainda não terem sucumbido a ela.

Exemplos:

- 65) Uma vez, sabe doutor, eu ia **morrer** lá de tanto remédio que eles dá a gente, lá ele mata pessoa, doutor...
- 66) Eu ia ligar pras pessoas, dona I, quando apareceu o ET. "É... Você vai **morrer**, você vai morrer...". Aquela, aquela prosa toda enrolada.

2ª forma mais freqüente: **morreu** – terceira pessoa – passado (16 ocorrências)

No caso das orações que apresentaram esta forma verbal, não houve um padrão de uso. Os pacientes falaram de pessoas ou entidades que podiam ser entidades históricas (exemplo 67), personagens de narrativas delirantes (exemplo 69) ou, ainda, de pessoas que fizeram parte da sua vida (exemplo

68). Note-se que, muitas vezes, a realidade objetiva e a delirante se entrecortam e se confundem (exemplos 67 e 68).

Exemplos:

- 67) Deus fala que Jesus quis... Fazer... Morrer no nosso lugar... Mentira... Ele **morreu**, **morreu** foi porque... As pessoas ficou com raiva porque ele era o homem mais bonito da, do... Da Galiléia.
- 68) Eu vi uma vez, eu vi uma vez minha avó. Minha avó já **morreu**...
- 69) [O E.T] Disse que eu ia morrer. Ele foi telefonando eu falei: "Ó, num vai me levar a graça". Ele quer, né? Aí, com poucos dias a esposa dele **morreu**.

### 3.1.1.7) Verbo sair

Este verbo foi usado desempenhando função de processo material 46 vezes (o que representa 0,89% de todos os verbos com função de processo), configurando-se como o sétimo mais usado na função de processo material e o 16º mais usado considerando-se todos os tipos de processos

1ª forma mais freqüente: **saí** – primeira pessoa – passado (16 ocorrências)

Quanto a sair na forma **saí**, o que ocorre (em 9 de 16 ocorrências) é que o paciente sai de algum ambiente ou situação da realidade social e vai para o enredo do delírio. Ou seja, os pacientes **saem** para vivenciar as situações delirantes.

Exemplos:

- 70) Aí eu **saí** todo sujo de sangue, fui comandar o trânsito...
- 71) Aí, na hora que eu **saí** lá fora, eu vi tudo que eu falei que eu ia ver.
- 72) Então, eu **saí** daqui pra fazer o que tinha que ser feito. As revisão de doze anos que eu num tinha feito. A platina do corpo, das perna. Eu tive que entrar dentro do tubo nuclear. A espuma nuclear que eu tenho que fazer de quatro em quatro anos isso.

2ª forma mais freqüente: **sair** – infinitivo (13 ocorrências)

No caso de **sair** no infinitivo, ocorre que os pacientes acabam não conseguindo sair de algum lugar ou situação contrários a eles.

Exemplos:

- 73) Os psicólogos daqui são doidos pra me ver pelas costas, mas meu dia vai chegar, e eu vou me liberar... Vou sair dessa, num sei como, mas nem que seja ganhando na loteria esportiva.
- 74) O cara me colocou num lugar, que eu olhei... Fiquei quinze dias.. Eu vou te contar... Eu olhava por uma gretinha desse tamanho assim, ó, e ver tudo lá fora e num poder sair...

### 3.1.1.8) Verbo tomar

Este verbo foi usado no corpus 45 vezes como processo (em 0,87% de todas as ocorrências), tendo sido o oitavo mais usado como processo material e o 17º mais usado quando se considera o universo de todas as categorias de processos.

Em todas as formas verbais, ocorreu sempre com colocados negativos, principalmente do campo da doença. Remédio foi o colocado mais usado. Apesar de haver poucas ocorrências com ator em terceira pessoa, todas elas também apresentam extensões negativas.

Exemplos:

- 75) E quem tem esses problemas assim, num pode parar de **tomar** remédio, não?
- 76) É. Igual, antes eu **tomava** quatorze comprimidos e meio todo dia.
- 77) E aí tá na bicicleta as coisas que eu inda tenho que levar lá pra ela, ainda: xarope pra ela **tomar**, que ela num tomou, tomou ontem - ontem ela ficou o dia inteiro na casa de minha sobrinha.

Dessa forma, delineia-se um padrão, que será ratificado quando da análise dos processos de menor ocorrência – e que, por motivos de espaço, não será mostrada individualmente – que é o de processos materiais dispositivos serem acompanhados de extensões de sentido negativo nas orações.

### 3.1.1.9) Verbo vir

Este verbo foi usado no corpus 42 vezes como processo (em 0,81% de todas as ocorrências), tendo sido o nono mais usado como processo material e o 18º quando são consideradas todas as categorias de processos.

Como padrão, as circunstâncias que acompanharam o verbo **vir** nas orações materiais tiveram conotação negativa.

O colocado mais freqüente neste tipo de oração foi vir pra cá – o cá significando o consultório de psiquiatria, o posto de saúde mental ou a cidade em que o paciente faz o tratamento psiquiátrico. Quando fizeram uso deste colocado, os pacientes falavam sobre os motivos que os levaram ao tratamento, ou sobre as condições em que se encontravam naquele momento.

Exemplos:

78) Eu vim cá, eu **vim pra cá** porque eu tava ruim, mesmo. Perturbado, mesmo.

79) Quando eu **vim pra cá**, eu enxergava um monte de cobra na parede.

Outro colocado que pôde ser encontrado foi tá pra vir. Neste caso, em que o ator aparece em terceira pessoa, quem está pra vir é sempre uma entidade que existe ou se relaciona com o paciente apenas em sua realidade mental.

Exemplo:

80) Tem muitas pessoas que tá pra vir aqui na cidade [pra se aconselhar com o paciente]. Doutor Emiliano, da Bahia. Os americanos tão pra vir... Doutor Sofreu tá pra vir... Felipão [ex-técnico da seleção brasileira de futebol] está pra vir... E tem mais, e mais, e mais que tá pra vir...

Observa-se que, corroborando o já analisado padrão de processos dispositivos acompanhados de circunstâncias negativas, também nas orações cujo processo é realizado pelo verbo vir, as ações efetivadas (vim) apresentam circunstâncias de sentido negativo. Quando as pessoas vão até o paciente pedir um aconselhamento – ou seja, quando o papel projetado pelo paciente é

de alguém “importante” e poderoso – a ação acaba não se efetivando na realidade social.

#### 3.1.1.10) Verbo **chegar**

Este verbo foi usado no corpus 41 vezes como processo (em 0,79% de todas as ocorrências), tendo sido o décimo mais usado como processo material. Considerando-se todas as categorias de processos, foi o 19º mais usado.

##### 1ª forma mais freqüente: **chegou** – terceira pessoa – passado (15 ocorrências)

Nas orações que apresentam esta forma verbal, uma terceira pessoa chegou e fez algo positivo para o paciente – que, também neste caso, se projetava como alguém poderoso e “importante”. Fica claro que, na maioria das vezes, esse ação só existiu na realidade mental dos pacientes em delírio. Mais uma vez, fica claro que os acontecimentos positivos acontecem, na maioria das vezes, apenas na realidade mental dos pacientes.

Exemplos:

- 81) Teve uma vez que o Sadam mandou muito dinheiro pra mim na, aí no Confins... É porque eles me ligaram de lá, uma moça falou: "O, éh... Nós estamos mandando o seu dinheiro, viu? Cê tem ajudado muito Sadam. Tal dia, tantas horas nós chegamos aí em Confins.". **Chegou**. Naquele exato momento, **chegou**.
- 82) Aí **chegou** uma pessoa lá de carro e me pegou. Levou eu pra prefeitura e falou: "Pode entregar ele o lote dele. Entrega ele o lote.". E entregaram.

##### 2ª forma mais freqüente: **chegar** – infinitivo (7 ocorrências)

No infinitivo, **chegar** é colocado com **lá** ou no meu objetivo. Ou seja: chegar a um lugar desejado, que possibilita ao paciente algum poder para agir no mundo, só mesmo no condicional. Isso corrobora o padrão já analisado de processos dispositivos virem acompanhados de circunstâncias de conotação

negativa: reversamente, pode-se dizer também que há uma tendência de as orações materiais que apresentam processos dispositivos e circunstâncias positivas apresentarem também algum elemento modalizador ou operador de polaridade negativa, como nos exemplos 83 e 84. Nesses casos, a ação não foi efetivada de fato.

Exemplos:

83) Então, mas num dá pra mim **chegar** no meu objetivo que é o futebol, não...

84) Eu tô falando se eu num **chegar** lá onde eu quero até uma certa idade...

Sobre as orações materiais, chamou a atenção o relativamente pequeno número de orações materiais com processos do tipo criativo. Em relação às orações materiais em geral, elas representaram apenas 14%. No entanto, muitos dos verbos que desempenharam a função de processos materiais criativos foram individualmente os mais usados (fazer, dar, acontecer). Pode-se dizer que os pacientes pouco criam entidades no mundo (como ficou claro nas análises, eles as criam em sua realidade mental). Quando agem dispositivamente, os pacientes agiram em circunstâncias negativas.

Com isso, tendo analisado separadamente o uso dos verbos que mais freqüentemente exerceram função de processos materiais, foi possível sintetizar os padrões oracionais encontrados nas orações materiais do corpus estudado.

A seguir, o quadro 5 sintetiza os padrões léxico-gramaticais das orações materiais<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> É importante frisar que, deste ponto em diante, em todas as representações de estruturas oracionais, os elementos que vierem entre colchetes são elementos opcionais da estrutura representada.

**QUADRO 5**  
**Padrões léxico-gramaticais das orações materiais**

| Processos materiais | Padrão léxico-gramatical                                                                                                                                                     | Exemplo                                                                                                                                                                |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criativos</b>    | [Ator em 1ª pessoa singular] + elemento modalizador + processo material criativo                                                                                             | Aí, quando eu <u>tava querendo</u> <b>fazer</b> alguma coisa, eles não, eles não tavam ligando, né, eles tavam achando que aquilo era parte do programa.               |
|                     | [Ator em 1ª pessoa singular] + operador de polaridade negativa + [elemento modalizador] + processo material criativo                                                         | Eu <u>num</u> <b>trabalho</b> , <u>não</u> .<br><br>Eu <u>num consigo</u> <b>trabalhar</b> mais, cê entendeu?                                                          |
|                     | [Ator em 1ª pessoa singular] + processo material criativo + meta ou extensão de sentido negativo estruturada como oração em que o beneficiário é também um ator em 3ª pessoa | É... Eu <b>fiz</b> minha <u>mãe sofrer muito</u> , <b>fiz</b> <u>meu pai sofrer muito também</u> ...                                                                   |
|                     | [Ator em 3ª pessoa] + processo material criativo + meta de sentido negativo + [beneficiário em 1ª pessoa]                                                                    | <b>Fez</b> <u>o diabo comigo</u> !                                                                                                                                     |
| <b>Dispositivos</b> | [Ator em 1ª ou 3ª pessoa] + processo material dispositivo + circunstâncias de sentido negativo                                                                               | E se eu fizer isso com alguém, eu <b>vou</b> <u>pra cadeia</u> ou <b>vou</b> <u>pro manicômio</u> ?                                                                    |
|                     | [Ator em 1ª pessoa singular] + processo material dispositivo + extensão de sentido negativo                                                                                  | Igual, antes eu <b>tomava</b> <u>quatorze comprimidos e meio</u> todo dia.                                                                                             |
|                     | [Ator em 1ª ou 3ª pessoa do singular] + processo material dispositivo + colocação inusitada com a extensão ou com a circunstância                                            | Aí, quando eu <b>fui</b> lá <u>para procurar minha, minha tropa</u> , já tinha desligado do sistema, porque o sistema era telepático, néh, então me perseguia na hora. |
|                     | [Ator em 1ª pessoa singular] + elemento modalizador + processo material dispositivo + circunstância de sentido positivo                                                      | Eu tô falando <u>se eu num</u> <b>chegar lá</b> <u>onde eu quero</u> até uma certa idade...                                                                            |
|                     | [Ator em 3ª pessoa] + elemento modalizador ou operador de polaridade negativa + processo material dispositivo + pronome oblíquo em primeira pessoa como beneficiário         | Eles <u>num iam</u> <b>dar</b> atenção pra <u>mim</u> mais, não.                                                                                                       |

### 3.1.2) Processos relacionais

#### 3.1.2.1) Verbo ser

Em relação ao verbo **ser** – que na lista de palavras do corpus figura como o verbo mais usado na função de processo, num total de 767 ocorrências<sup>30</sup> –, foi usado pelos pacientes da maneira mostrada abaixo. A ordem em que os verbos aparecem discutidos obedece ao critério da ordem decrescente de frequência.

As conotações encontradas nos atributos e identificadores que acompanharam **ser** foram:

**TABELA 1**  
**Porcentagem de ocorrências do verbo ser com atributos e identificadores por conotação**

| Conotação       | 3ª Pessoa |         |       |         | 1ª Pessoa |         | 3ª / 1ª pessoa |           |           |           |
|-----------------|-----------|---------|-------|---------|-----------|---------|----------------|-----------|-----------|-----------|
|                 | % é       | Exemplo | % foi | Exemplo | % sou     | Exemplo | % era          |           | Exemplo   |           |
|                 |           |         |       |         |           |         | 3ª pessoa      | 1ª pessoa | 3ª pessoa | 1ª pessoa |
| <b>Positiva</b> | 21        | Núm. 85 | 22    | Núm. 88 | 17        | Núm. 97 | 19             | 41        | Núm. 91   | Núm. 92   |
| <b>Negativa</b> | 35        | Núm. 86 | 39    | Núm. 89 | 45        | Núm. 98 | 39             | 24        | Núm. 93   | Núm. 94   |
| <b>Neutra</b>   | 44        | Núm. 87 | 39    | Núm. 90 | 38        | Núm. 99 | 42             | 35        | Núm. 95   | Núm. 96   |

Exemplos numerados:

85) Deus **é** milagroso.

86) Meu irmão **é** tão burro que ele tem guarda-pó de segurança, tinha rádio amador de segurança, tinha cassetete de segurança.

87) Celinho **é** meu primo.

88) **Foi** um prazer conhecer o senhor!

89) Criação, minha criação **foi** ruim.

<sup>30</sup> Foram desconsiderados os casos em que o verbo **ser**, em suas diversas formas, não foi usado como processo, mas como marcador discursivo (partícula confirmativa sem função ideacional), como em Andava. É... Andava..... Também foram desconsiderados os casos em que o verbo apareceu como modal, como em Se um quiser me ajudar, é só me levantar, e casos em que funcionou como auxiliar de passiva, como em foi abandonado.

- 90) Aqui no curtume dos irmãos Chaves - **foi a primeira empresa que eu trabalhei fichado** quando eu era de menor - lá que eu ia na sessão espírita, uê!
- 91) É, é isso mesmo, que ele **era o homem mais bonito** - as mulher era doida com ele.
- 92) Eu, eu era, quer dizer, até meus dezoito anos eu acho, néh, que eu **era uma pessoa normal**.
- 93) A época, lá, nós pagava uns caras, lá, pra treinar. E os cara lá **era ruim**.
- 94) Me levou pro hospital, eu tava toda suja, toda suja, sabe, eu **era gorda**, eu pesava cento e vinte quilos semana passada...
- 95) E eu conversava, eu escutava, eu num sabia que **era a voz**, não, eu pensei que eram os vizinhos.
- 96) Eu **era vaqueiro**.
- 1) **Sou farrista no bom sentido**, quando eu venho pro centro, porque agora eu tô morando no sítio.
- 2) Eu **sou ignorante demais!**
- 3) **Sou filha única**.

1ª forma mais freqüente: é – terceira pessoa – presente (449 ocorrências)

Os atributos e identificadores não foram negativos em sua maioria quando os falantes com esquizofrenia<sup>31</sup> falavam de outrem. A conotação neutra (exemplo 87) foi a predominante, seguida da negativa (exemplo 86). É fundamental atentar para o fato de que a conotação positiva (exemplo 85) foi empregada em número bem menor que as demais. Deve-se observar que a conotação neutra foi utilizada, sobretudo, quando os colocados correspondiam a identificadores. Quando eram atributos, a conotação negativa foi utilizada predominantemente.

Os participantes que mais apareceram nas orações com **é** foram como, isso e o que – todos se referindo ao fato que narravam (muitas vezes, delirante, por se apresentar como um fato pouco provável ou impossível na realidade da

<sup>31</sup> A partir de agora, os falantes com esquizofrenia cujas entrevistas formaram o corpus desta pesquisa serão chamados de pacientes.

comunidade de fala) ou à própria doença –, seguidos de aqui e lá – referindo-se aos lugares dos acontecimentos narrados ou aos desenhos que o paciente levou para a consulta. Os outros participantes que apareceram foram maçonaria, guerra, mãe e a gente.

## 2ª forma mais freqüente: **foi** – passado - terceira pessoa (134 ocorrências)

**Foi** foi usado tanto como processo relacional (na maioria das vezes) como quanto processo material. Neste momento, trataremos do seu uso apenas como processo relacional. Os atributos e identificadores apresentaram exatamente a mesma quantidade de sentidos negativos (exemplo 89) e neutros (exemplo 90), e uma quantidade bem menor de conotações positivas (exemplo 88). Os positivos diziam do momento da consulta e, algumas vezes, da infância (essa conversa foi boa; aquela época foi boa), e os negativos, de fatos ocasionados pela esquizofrenia e do momento atual vivido pelos pacientes (foi um choque [a internação]; foi mal). Os participantes de quem se fala ao se usar **foi** foram isso, aquilo (referentes a fatos relatados), ela (uma mulher personagem de uma história), ele (referindo-se ao pai, ao ET, a Jesus e a um homem também personagem de uma história). Em referências isoladas, figuraram essa conversa (a consulta), a primeira operação que eu fiz, a primeira empresa que eu trabalhei, minha mãe, meu erro e o joelho. Observe-se que os pacientes falaram basicamente de si próprios, com referências à família e a acontecimentos vivenciados (realmente ou mentalmente) por eles como extensão desse assunto principal.

## 3ª forma mais freqüente: **era** – passado - terceira e primeira pessoas (110 ocorrências)

O verbo ser na forma **era** foi usado de maneira diferente dependendo do participante que realizou o processo ser o próprio paciente ou uma terceira pessoa.

Quando o participante é uma terceira pessoa, a conotação dos atributos e identificadores segue o mesmo padrão de uso do verbo ser nas demais formas de terceira pessoa. Ou seja, as conotações positivas (exemplo 91)

aparecem em número bem inferior que as demais, e a conotações que vêm a seguir, em ordem crescente, são a negativa (exemplo 93) e a neutra (exemplo 95) – estas, em proporção bem semelhante.

Já quando os pacientes estão falando de si próprios, o atributo ou identificador apresenta, na sua maioria, sentido positivo (como no exemplo 92). Os sentidos neutros vêm a seguir (ex. 96), em ordem decrescente, e por último, estão os negativos (ex. 94). Nota-se que os pacientes se percebem no passado como melhores do que no presente, como poderá ser visto quando a análise da forma sou estiver em foco. Fica sensível o fato de que eles percebem a doença como um fator que, de alguma forma, os levou a um certo grau de decadência tanto física quanto de desempenho das atividades sociais.

Quando não falavam de si, os pacientes usaram a forma **era** quando falaram de isso; aquilo (para falar de personagens de delírios e de fatos delirantes); aí; ali; o meu amor; esse discurso; meu corpo; ela (a irmã); ele (Jesus e o programa – este, uma criação delirante); eu; a fazenda (de um personagem do delírio); o juiz; o menino (ex-namorado da paciente); o meu (o escolhido da paciente – personagem de delírio); o demônio.

#### 4ª forma mais freqüente: **sou** – presente - primeira pessoa (61 ocorrências)

Como pôde ser visto, a conotação predominante foi a negativa (exemplo 98), tendo sido utilizada em 45% das ocorrências.

Note-se que, dentre as ocorrências que apresentaram conotação positiva, a definição se dá pela negação em 17 delas, como em:

- 1) Num **sou** otário...
- 2) Num **sou** trouxa, não.

Nesses e nos demais exemplos deste caso no corpus, chama a atenção a auto-definição ser feita pela negação e não pela afirmação, o que sugere que os pacientes tenham em mente, de antemão, avaliações negativas sobre si, baseados em avaliações prévias feitas por outras pessoas. Note-se também que, em algumas das ocorrências com colocados positivos, o discurso é modalizado por **parece**, que faz com que o falante não se comprometa muito

com a afirmação - deixando, assim, um espaço para a dúvida quanto à sua conotação positiva.

Exemplos:

- 1) Parece **que eu sou normal!**
- 2) Parece **que eu sou normal**, só que eu só faço coisa errada...

Dessa maneira, fica evidente que os pacientes vêem-se muito negativamente no presente, e de maneira essencialmente positiva no passado mais remoto.

Considerando todas as suas formas verbais, note-se que os participantes das orações relacionais cujo processo é realizado pelo verbo ser são, via de regra, o próprio paciente, os seus familiares e os personagens e temas de seus delírios e/ou alucinações (que normalmente aparecem sob as formas isso, aquilo, ou em orações com sujeito oculto). Observe-se a grande quantidade de ocorrências de colocados do campo religioso (Deus; o demônio), do campo político (o discurso; imperador) e do campo jurídico (o juiz; o advogado), o que sugere que esses temas – todos referentes a instituições – provavelmente são falados com grande frequência pelos falantes com esquizofrenia.

### 3.1.2.2) Verbo **estar**

O verbo **estar** apresentou 253 ocorrências como processo relacional somando-se as diversas formas, e figurou como o segundo relacional em frequência, e como o terceiro verbo mais usado pelos pacientes quando se considera todos os tipos de processos.

As conotações encontradas nos atributos e identificadores que acompanharam **estar** foram:

TABELA 2

Porcentagem de ocorrências do verbo estar com atributos e identificadores por conotação

| Conotação       | 3ª pessoa |          | 1ª pessoa |          | 3ª / 1ª pessoa |           |           |           |
|-----------------|-----------|----------|-----------|----------|----------------|-----------|-----------|-----------|
|                 | % tá      | Exemplo  | % tô      | Exemplo  | % tava         |           | Exemplo   |           |
|                 |           |          |           |          | 3ª pessoa      | 1ª pessoa | 3ª pessoa | 1ª pessoa |
| <b>Positiva</b> | 18        | Núm. 104 | 19        | Núm. 107 | 5              | 6         | Núm. 110  | Núm. 111  |
| <b>Negativa</b> | 26        | Núm. 105 | 58        | Núm. 108 | 67             | 67        | Núm. 112  | Núm. 113  |
| <b>Neutra</b>   | 56        | Núm. 106 | 23        | Núm. 109 | 28             | 27        | Núm. 114  | Núm. 115  |

Exemplos numerados:

- 1) Tá. **Tá bom.** Num **tá ruim**, não.
- 2) Cê pode preparar, que isso aqui **tá carregado**. Cuidado, viu?
- 3) Vou tirar o carrinho que **tá lá dentro**, **tá no lugar lá**.
- 4) Eu **tô controlada**, só que, igual eu falei com você, eu tenho tonteira na cabeça.
- 5) Eu **tô nervosa demais**.
- 6) É... Agora, agora eu **tô lá em Paraopeba**.
- 7) Igual esses negócio mesmo que eu escrevi, **tava** tudo certo... Tudo correto...
- 8) Tem umas épocas da minha vida que eu tava normal... **Tava bem**.
- 9) Aí eu falei: "Aí, tá vendo, quê que aconteceu?". Aí, ele **tava armado**.
- 10) Só que quando ela, quando eu tava esperando ela, eu já **tava doente**, já.
- 11) Um rapaz de moto **tava lá** com uma prima minha, dentro do boteco.
- 12) Ó, eu **tava em São Paulo**.

1ª forma mais freqüente: tá – terceira pessoa – presente (73 ocorrências)

Quando acompanharam **tá**, os atributos e identificadores positivos (exemplo 104) foram minoria no discurso dos pacientes. As conotações que predominaram em larga medida (56%) foram as neutras (exemplo 104), seguidas das negativas (exemplo 105). As orações com **tá** como processo que apresentaram conotação neutra foram, em sua maioria, as relacionais circunstanciais. Nas orações com **tá**, figuraram como identificados e portadores

o sujeito elíptico cê/você (o psiquiatra que conduziu a entrevista); ele (o irmão do paciente; o pai); ela (a filha da paciente; a princesa Diana; a namorada do paciente; a constelação que “guia” o paciente); o programa (tema delirante); aqui (o bairro e o lugar onde o paciente mora); minha carteira (de motorista); Deus; Jesus; O Pai Eterno; a unha; minha tropa; a humanidade; a natureza. Observe-se, mais uma vez, a recorrência dos temas **vida**, **família**, **personagens religiosos**, e temas de grande profundidade e alcance como **natureza** e **humanidade**.

2ª forma mais freqüente: **tava** – primeira e terceira pessoas – passado (72 ocorrências)

Como pôde ser visto na tabela acima, tanto em relação a participantes em terceira quanto em primeira pessoa, os atributos e identificadores foram, na maioria das vezes, negativos (exemplos 112 e 113, respectivamente). Chama a atenção o pequeno número de conotações positivas (exemplos 110 e 111). Quando os pacientes usam o verbo ser na forma **tava**, estão normalmente falando de um passado recente, de quando foram internados ou vivenciaram episódios angustiantes em decorrência da manifestação da doença mental (como no exemplo 113 e abaixo):

- 1) Então, ele deixou, ele viu que realmente eu **tava nervoso**, eu **tava irritado**, e tal, e que eu precisava de um tempo.
- 2) Eu **tava** muito, muito... Descontrolado, néh?

Os participantes das orações relacionais com **tava** foram eu (na maioria das ocorrências); ele (o irmão do paciente); Deus; ela (a filha da paciente; a namorada do paciente); minha tropa e um rapaz de moto (personagens das narrativas).

3ª forma mais freqüente: **tô** – primeira pessoa – presente (67 ocorrências)

Quando os pacientes atribuíram características a si mesmos usando a forma **tô**, normalmente estavam falando das condições mentais atuais, no momento da consulta. Quando os atributos foram positivos, na verdade indicam apenas uma melhora de um estado para outro, que não seria necessariamente bom – como acontece quando os atributos são, por exemplo, controlada (ex. 107).

Nas orações atributivas cujo processo é **tô**, os atributos são quase sempre de sentido negativo, como no exemplo 108 e a seguir: preso; agitado; aposentado (devido à doença); afastado (idem); desesperado.

Dessa maneira, conclui-se que, quando os pacientes usaram **estar** nas formas da primeira pessoa, as conotações foram, na grande maioria das vezes, negativas.

### 3.1.2.3) Verbo ter

O verbo **ter** apresentou 251 ocorrências na função de processo relacional (representando o terceiro mais usado como relacional), tendo sido o quarto mais usado como processo no corpus em geral.

As conotações encontradas nos atributos e identificadores que acompanharam **ter** foram:

**TABELA 3**  
**Porcentagem de ocorrências do verbo ter com atributos e identificadores por conotação**

| Conotação       | 3ª pessoa |          | 1ª pessoa |          | 3ª / 1ª pessoa |           |           |           |
|-----------------|-----------|----------|-----------|----------|----------------|-----------|-----------|-----------|
|                 | % tem     | Exemplo  | % tenho   | Exemplo  | % tinha        |           | Exemplo   |           |
|                 |           |          |           |          | 3ª pessoa      | 1ª pessoa | 3ª pessoa | 1ª pessoa |
| <b>Positiva</b> | 21        | Núm. 118 | 25        | Núm. 121 | 57             | 37        | Núm. 124  | Núm. 125  |
| <b>Negativa</b> | 21        | Núm. 119 | 49        | Núm. 122 | 14             | 21        | Núm. 126  | Núm. 127  |
| <b>Neutra</b>   | 58        | Núm. 120 | 26        | Núm. 123 | 29             | 42        | Núm. 128  | Núm. 129  |

Exemplos numerados:

- 97) Ó, cê **tem** a cabeça muito boa, menino.
- 98) Minha mãe **tem** diabetes, problema de coração...
- 99) Casou, mora aqui, **tem** duas filhas, e eu, eu fui lá umas duas vezes, na casa do pai dele.
- 100) **Tenho** arte, A.
- 101) Como lá tava muito frio, eu peguei broncopneumonia, que eu **tenho** bronquite.
- 102) Eu **tenho** irmão que mora em Valadares.
- 103) Ele **tinha** até rádio que comunicava com a polícia.
- 104) Aquela força que eu **tinha**! Eu **tinha** uma força surpreendente!
- 105) Se num fosse nossas cabeça fraca, eles num **tinha** emprego pra ir trabalhar, não!
- 106) Eu **tinha** um trauma de ser gorda, mas foi a medicação mais, sabe?
- 107) A menininha **tinha** quatro meses quando eu comecei a cuidar dela.
- 108) Quando eu vim morar aqui, eu **tinha** dez anos.

1ª forma mais freqüente: **tenho** – primeira pessoa – presente (101 ocorrências)

Nos casos desta forma verbal, chama a atenção o fato de a maioria das conotações terem sido negativas (exemplo 122), seguidas das neutras (exemplo 123) e das positivas (exemplo 121). Com isso, somado ao que foi exposto acima em relação às formas verbais em terceira pessoa desempenhando função de processos relacionais, é possível induzir uma regra: ao falarem de si usando orações relacionais, os pacientes usaram uma maioria de atributos e identificadores de sentido negativo. Quando a definição era de outrem (processos em terceira pessoa), a conotação neutra foi a predominante. Em um e outro caso, no entanto, a conotação positiva foi a menos encontrada nas orações relacionais.

2ª forma mais freqüente: **tem** – terceira pessoa – presente (71 ocorrências)

Nas orações em que usaram **tem** como processo relacional, figuraram na fala dos pacientes os identificados e portadores aqui (referindo-se ao lugar

em que moram ou àquele em que passaram sua infância), ele (um ex-namorado de uma das pacientes e o ex-marido de outra; o tio; o primo; o irmão; doutor Sofreu e o programa – personagens de narrativas delirantes; você (o médico; a médica); ela (a prima; a mãe; a pasta com os desenhos que um dos pacientes levou para mostrar para o médico); o Iraque; o programa (tema de narrativa delirante); uma pomba (personagem de uma narrativa delirante).

É interessante observar que, no caso das orações com **tem**, os atributos e as identidades apresentaram igual número de sentidos positivos (exemplo 118) e negativos (exemplo 119). Isso ratifica a tendência de um uso maior de conotações negativas em formas de primeira pessoa. Em outras palavras, é possível que a tendência seja atribuir um maior número de atributos e identidades negativas a si próprio que a outras pessoas ou entidades.

Observe-se que, também aqui, os assuntos recorrentes são a família, a infância, os namorado(a)s/marido(a)s, além de “casos” vividos pelos pacientes em questão, incluindo-se aí, naturalmente, os personagens desses “casos”. Pode-se dizer, portanto, **que** os pacientes tiveram como tema de seus discursos as narrativas pessoais, divididas em tópicos como **família**; **parceiros**; **infância**; descrição do personagem principal – sempre **eu** –, com a esquizofrenia sendo um tema pertinente à auto-descrição. Os identificados e portadores podem ser um tema ou um personagem da narrativa.

É oportuno considerar aqui a questão do delírio: a pergunta de em que momento o discurso pode ser considerado delirante é uma questão difícil de ser respondida – principalmente devido ao fato de que ele muitas vezes toma a forma de apenas uma percepção delirante (Schneider, 1978), quando se configura algo possível na realidade material, apenas não verdadeiro. Nos casos em que os participantes ou circunstâncias são de fato impossíveis na realidade do contexto compartilhado da comunidade de fala (no contexto de cultura), fica mais evidente o caráter delirante do discurso. Nos casos em que a história narrada é apenas improvável, são necessários, por vezes, outros elementos para que se saiba se o fato narrado realmente ocorreu na realidade externa ou não: depoimentos de parentes e coleta de dados demográficos, por exemplo, são recursos dos quais o psiquiatra não costuma prescindir em seus diagnósticos. Assim, na análise chamei de narrativas delirantes aquelas claramente desconexas com o contexto de cultura.

3ª forma mais freqüente: **tinha** – primeira e terceira pessoas – passado (53 ocorrências)

Os identificados e portadores referidos pelos falantes com esquizofrenia quando fizeram uso de **tinha** foram ela (a filha; a princesa Diana); ele (Jesus; o irmão); a senhora (a médica). Como regra, as orações relacionais tiveram como portadores e identificados, em sua maioria, o participante, eu.

O caso da forma **tinha** foi uma exceção à regra do uso dos processos relacionais pelos pacientes. Nos casos das orações em primeira pessoa, chama a atenção a pequena proporção de conotações negativas, à maneira do que foi verificado nos casos de orações com verbo **ser** na forma era. Os pacientes se representam no passado como portadores de atributos, condições e objetos positivos.

Em última instância, a identidade que atribuem a si em um passado mais distante parece ser essencialmente positiva – o que fica mais flagrante quando tal identidade é contraposta à atual, essencialmente negativa.

Como divisora desses dois estados, está a doença mental. Observe-se que, nas orações no passado e em primeira pessoa, a conotação positiva prevaleceu sobre a negativa (como nas orações com as formas **era** e **tinha**), enquanto que, no presente, a negativa prevaleceu sobre a positiva (orações com **sou** e **tenho**). As exceções são as orações com **tô**, que falam sobre o estado atual dos pacientes, em contraposição às orações com **tava**, que versam sobre o seu passado recente. Nesses casos, a oração no passado apresentou uma maior proporção de conotações negativas que positivas, ao contrário das demais orações no passado em primeira pessoa, enquanto que as orações em primeira pessoa no presente seguiram, em larga medida, as demais orações deste tipo com outros verbos: foi observada uma maior proporção de conotações negativas que positivas.

Como mencionado, a conotação predominante negativa nas orações com **tava** advém do fato de que os pacientes falavam de si no momento em que se surpreenderam portadores de um distúrbio mental.

A proporção de orações de conotação negativa no passado (**tava**) foi maior que no presente (**tô**) provavelmente devido a certa resistência dos

pacientes em admitir que o estado em que se encontravam nesse passado recente, e que diz respeito à manifestação da doença mental, ainda pode ser observado no presente. Como não era a primeira entrevista psiquiátrica de nenhum dos pacientes, provavelmente eles já haviam recebido seu diagnóstico de esquizofrenia anteriormente – o que os faria querer despistar tal condição no presente.

Os colocados classificados como neutros foram, como regra, nas orações relacionais, identificadores. Quando ocorre de serem atributos, o são quase sempre em orações relacionais possessivas iniciadas por pronome possessivo ou em orações relacionais circunstanciais. Já os colocados positivos e negativos quase sempre exercem função atributiva nas orações relacionais.

As orações relacionais com verbos em terceira pessoa apresentaram, tanto no tempo passado quanto no presente, o mesmo padrão: a maioria de conotações neutras, seguida das negativas e, em menor proporção, das positivas. Dessa maneira, em seu discurso fica clara a atribuição de características essencialmente negativas às entidades da realidade exterior e interior.

#### 3.1.2.4) Verbo ficar

O verbo **ficar** apresentou 117 ocorrências no corpus de estudo, tendo sido o 9º mais usado considerando-se todos os tipos de processos e o quarto mais usado considerando-se apenas a categoria de processos relacionais. Em suas diversas formas, o verbo pôde ser usado como processo de duas maneiras distintas: como processo relacional circunstancial ou como processo relacional intensivo. Vamos às suas formas mais freqüentes.

1ª forma mais freqüente: **fiquei** – primeira pessoa – passado (35 ocorrências)

#### **Como processo relacional circunstancial**

Nas orações relacionais circunstanciais, o significado do processo foi o de permanecer em algum lugar e/ou durante um período de tempo. Como veremos a seguir, o lugar em questão não foi, em nenhum caso, um bom lugar.

As circunstâncias que acompanharam o processo foram ou neutras ou negativas. Vamos a alguns exemplos de orações:

#### Com circunstâncias de conotação negativa (50%)

##### Exemplos

- 109) Eu pensei, eu pensei que ela ficou assim porque ela ficou com muita saudade de mim, porque eu **fiquei** três meses fora de casa, internada...
- 110) Eu **fiquei** no médico lá, duas semanas na UTI em observação, doutor.

#### Com circunstâncias de conotação neutra (50%)

##### Exemplos:

- 111) Porque eu **fiquei** três dias na estrada.
- 112) **Fiquei** um ano e pouco lá em São Paulo.

### **Como processo relacional intensivo**

A outra maneira em que o verbo **ficar** foi utilizado no corpus, como mencionado anteriormente, foi nas orações relacionais intensivas, significando mudança de estado em consequência de um acontecimento anterior e que, por sua vez, provoca novos acontecimentos. Neste tipo de oração, todas as conotações foram negativas, como pode ser visto a seguir:

#### Com atributos de conotação negativa (100%)

##### Exemplos:

- 113) Aí, eu **fiquei** ruim da cabeça eu vim embora pra cá, pra Minas, né?
- 114) Mas eu comecei a endoidar de uma hora pra outra, de uma hora pra outra eu **fiquei** louquinha.
- 115) Ele ficou comigo, ele tirou minha virgindade sem eu querer... **Fiquei** mais chateada com isso.

#### 2ª forma mais freqüente: **ficar** – infinitivo (31 ocorrências)

### **Como processo relacional circunstancial**

#### Com circunstâncias de conotação neutra (89%)

Exemplos:

116) A mulher dele me chama pra **ficar** na loja. De segurança lá.

117) Porque meus irmãos pediram pra eu **ficar** aqui na cidade.

Com circunstâncias de conotação positiva (11%)

Exemplo:

118) Ele vai **ficar** nas nuvens, segundo o que eu penso, entendeu?

### **Como processo relacional intensivo**

Com atributos de conotação negativa (92%)

Exemplos:

119) Os remédios num tavam fazendo bem eu, não... Tava me dando, tava me dando, meus olho tão ruim... Meu nariz, meus ouvido, minha cabeça **ficar**... **Ficar** sem felicidade, sem, sem... Sem juventude... Virando uma pessoa doente...

120) Aí eu fiquei, comecei a **ficar** internada aqui depois desse dia.

Com atributos de conotação positiva (8%)

Exemplo:

121) A minha tropa pode **ficar** invisível e pode **ficar** visível.

Interessante notar que, no único caso de circunstância positiva (exemplo 139, em que o sentido pretendido pelo falante era o literal), bem como no único caso de atributo positivo acompanhando o verbo **ficar** no infinitivo (exemplo 142), os pacientes referiam-se a personagens de sua realidade mental. Na realidade objetiva, todas as circunstâncias e atributos foram majoritariamente negativos e, em seguida, neutros.

Observe-se, a seguir, que o mesmo padrão se repete com as demais formas do verbo **ficar**.

Exemplos:

122) Ela era assim: quando eu comecei a adoecer, eu ficava esquisita, eu **ficava** só deitada, só deitada...

123) Meu pai bebe de segunda a segunda... Só **fica** bêbado...

124) Minha cabeça **fica** pesada assim, ó, hora que eu vou arrumar a casa, eu num dou conta nem de arrumar a casa...

125) Ela fica comentando comigo chorando, eu **fico** sem graça, sabe?

O padrão é claro: os pacientes usaram **ficar**, em qualquer das formas verbais, sempre acompanhado de atributos negativos. Tanto em casos de primeira quanto da terceira pessoa, o padrão foi o mesmo. Esses dados confirmam o que foi escrito sobre os demais verbos que realizaram função de processo relacional no corpus.

Tendo sido feitas as análises individuais dos verbos usados com mais frequência nas orações relacionais, podemos sintetizar os padrões de uso no corpus deste tipo de oração, como mostra o Quadro 6, a seguir.

**QUADRO 6**  
**Padrões léxico-gramaticais das orações relacionais**

|                              | Subtipos        | Padrões léxico-gramaticais                                                                                                   | Exemplos                                                                                                 |
|------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Processos relacionais</b> | Intensivos      | [Portador em 1ª pessoa] + processo relacional intensivo + atributo de sentido negativo                                       | Eu <b>sou</b> <u>ignorante demais!</u>                                                                   |
|                              |                 | Portador em 1ª pessoa + processo relacional intensivo no tempo passado + atributo/identificador de sentido positivo          | Eu, eu era, quer dizer, até meus dezoito anos eu acho, néh, que eu <b>era</b> <u>uma pessoa normal</u> . |
|                              |                 | Portador/Identificado em 3ª pessoa + processo relacional intensivo + atributo/identificador de sentido neutro                | Essa música <b>é</b> <u>aquela que toca no congado</u> .                                                 |
|                              | Possessivos     | Portador/identificado em 1ª pessoa do singular + processo relacional possessivo + atributo/identificador de sentido negativo | Eu <b>tenho</b> <u>esse distúrbio</u> , eu num sei não, o médico falou que é esquizofrenia.              |
|                              |                 | Portador/identificado em 1ª ou 3ª pessoa + processo relacional possessivo + atributo/identificador de sentido neutro         | É, eu <b>tinha</b> <u>dezoito anos</u> quando começou isso tudo...                                       |
|                              | Circunstanciais |                                                                                                                              | Minha prima <b>tem</b> <u>uma filha</u>                                                                  |
|                              |                 | Portador/identificado em 3ª pessoa + processo relacional circunstancial + circunstância de sentido neutro                    | E aí <b>tá</b> <u>na bicicleta</u> as coisas que eu inda tenho que levar lá pra ela, ainda.              |
|                              |                 | Portador/identificado em 1ª pessoa singular + processo relacional circunstancial + circunstância de conotação negativa       | Eu <b>fiquei</b> <u>no médico lá, duas semanas na UTI</u> em observação, doutor.                         |

### 3.1.3) Processos mentais

### 3.1.3.1) Verbo **saber**

Com 238 ocorrências no corpus, **saber** foi o quinto verbo mais usado como processo no corpus de estudo, e o primeiro mais usado como processo mental.

1ª forma mais freqüente: **sei** – presente – primeira pessoa (109 ocorrências)

A maioria das ocorrências de **sei** (76%) apareceu acompanhada das partículas lá (sei lá), só (só sei), e dos operadores de polaridade negativa num e não.

Exemplos:

126) Ah, **sei lá**, nem eu mesmo sei por que...

127) Só sei que dá dentro da cidade.

128) Agora, eu tô aqui, eu tô tratando, mas acontece que eu tenho uma tonteira na cabeça que eu não sei o quê que é isso.

Mesmo quando o **sei** não está acompanhado de partículas de negação, a maioria das conotações (46%) é negativa.

Exemplos:

129) Eu **sei** que eu fiquei toda queimada.

130) Eu **sei** que a hora que eu mais sofri na minha vida foi essa hora.

2ª forma mais freqüente: **sabe** – presente – terceira pessoa (83 ocorrências)

Exemplos:

131) Eu vim, saí de lá, do Barreiro, **sabe** onde que fica o Barreiro?

132) Ah, o cursinho, **sabe?** Cursinho...

133) Cê **sabe** o quê que eu fazia?

A maioria das ocorrências (83%) apareceu no modo interrogativo e possui você e variações (cê, a senhora, o senhor) – mesmo que implícitos – como experienciadores. Isso pode indicar que os pacientes preocupam-se muito com a compreensão do interlocutor, demandando constantemente um

sinal de que estão sendo compreendidos. Mesmo nos casos em que o **sabe** parece ter apenas um sentido de marcador conversacional, é necessário considerar o tipo de gênero do discurso de que estamos tratando aqui: trata-se de uma entrevista psiquiátrica, com todos os significados que esse termo possa implicar, inclusive de estigmas sociais nele investidos. Ainda hoje, a consulta psiquiátrica é tida como coisa pra “loucos” – e quem se dispõe a uma entrevista com um psiquiatra sabe disso, e sabe também que os “loucos” carregam um estigma de serem incompreensíveis, de não falarem coerentemente; em suma, há um pressuposto de que os esquizofrênicos são incoerentes. Dessa forma, é compreensível que os pacientes defendam-se, de certa forma, deste estigma.

No caso das orações com **sabe**, quando o experienciador não foi você, encontra-se ele (um padre da igreja católica); o homem (no sentido genérico, de humanidade) e gente (também no sentido genérico – tem gente que). Compete registrar que não houve sequer um fenômeno de conotação positiva, e que a maioria apresentou conteúdo negativo (o dobro das ocorrências de fenômenos neutros).

Exemplos:

134) Ele **sabe** de, sabe de todas as aflições que teve...

135) Só **sabe** crucificar...

136) Porque o homem, hoje em dia, ele **sabe** o quê que tá errado, ele faz de pirraça, entendeu?

Dessa forma, pode-se falar em um padrão de uso do processo no corpus de estudo: os pacientes quase sempre não sabem – e se sabem de algo, é algo negativo. Quando contam que alguém sabe de algo, também é, na maioria das vezes, algo negativo.

### 3.1.3.2) Verbo ver

Contando com 147 ocorrências, o verbo foi globalmente o oitavo mais usado pelos pacientes, e o segundo considerando-se apenas a categoria dos processos mentais.

1ª forma mais freqüente: vi – 1ª pessoa – passado (41 ocorrências)

### **Vi como processo mental de percepção (69%)**

Na maioria das ocorrências (82%) de **vi** como processo mental de percepção, os fenômenos percebidos foram de natureza sobrenatural.

Exemplos:

137) Eu já **vi** um capeta também, um negócio parecendo um sapo.

138) **Vi** um rádio que aumenta sozinho, não sei se é problema de cabeça ou se é porque o rádio aumenta...

### **Vi como processo mental de cognição (31%)**

A seguir (em 31% das ocorrências), apareceram projeções que expressam uma compreensão, ou entendimento, de um fato; nesses casos, o **vi** veio acompanhado de que.

Exemplos:

139) Então, quando aconteceu que eu **vi** que as coisas não eram do jeito que eu pensava, eu pedi mil desculpas.

140) Quando eu cheguei a procurar um advogado, eu comecei até a mexer com ele, só que quando... Eu **vi** que esse negócio é particular meu.

Percebe-se que vi que, conforme usado no corpus (como em 160 e 161), é sinônimo de entendi, compreendi. Parece que tal colocado é usado pelos pacientes quando relatam o momento em que saem do episódio delirante, em que tomam consciência de que houve algo estranho protagonizado por eles. No momento em que ocorre esse distanciamento do episódio delirante, o paciente procura consertar o rumo dos acontecimentos, desculpando-se (160) ou justificando a não finalização de uma ação iniciada (161). Também isso é o que ocorre no exemplo abaixo:

141) Tô me afastando de diretor do programa. Ele era meu, eu tinha direito de dirigir ele, entendeu? Éh... Eu **vi** que, em vez de eu estar ajudando a mim mesmo, eu tava atrapalhando minha própria vida.

2ª forma mais freqüente: **via** – primeira pessoa – passado (13 ocorrências)

No caso de **via**, quando o experienciador foi eu, todas as extensões relatadas foram sobrenaturais.

Exemplos:

142) **Via** as pessoas... **Via** as pessoas... Que já tinham morrido.

143) **Via** vultos... Vultos... Escutava vozes... Incomodava. **Via** assombração...

3ª forma mais freqüente: **vejo** – primeira pessoa – presente (10 ocorrências)

No presente simples, todos os fenômenos relatados pertencem ao campo do sobrenatural.

Exemplos:

144) Só da mulher de branco que eu tenho medo, quando eu **vejo** ela.

145) Só que eu... Eu **vejo** assombração, vulto...

Dessa maneira, pode-se afirmar que as orações mentais de percepção cujo processo é realizado pelo verbo ver são indícios de alucinações, uma vez que relatam percepções provavelmente sem qualquer objeto que as estimule: em outras palavras, falsas percepções.

### 3.1.3.3) Verbo **entender**

O verbo **entender** foi usado 80 vezes no corpus – tendo sido o 11º mais usado, e o terceiro mais usado quando se considera apenas a categoria dos processos mentais

1ª forma mais freqüente: **entendeu** – terceira pessoa – passado (62 ocorrências)

A forma **entendeu** foi usada pelos pacientes sempre no modo interrogativo, com experienciador em terceira pessoa, acompanhando outra oração que traz uma projeção de idéia.

Exemplos:

146) Mas doze homens que eu pedi são os doze apóstolos. **Entendeu?**

147) Na volta deles dentro do carro, em frente à igreja, do lado da igreja, que eu mandei o Celinho me levar até na praça, em frente à igreja eu vi a minha tropa uniformizada, parada lá, **entendeu?**

148) Quando eu vi que eu tava fazendo coisa errada, eu fiz um mandado pra me prender. Pra me prender. Na brincadeira, **entendeu?**

Como pode ser constatado, os participantes das orações que são as projeções de idéia dos processos mentais (doze homens; a minha tropa uniformizada; um mandado pra me prender) existem apenas na realidade mental dos pacientes, ou existem na realidade social, porém não protagonizaram de fato o que foi descrito por eles ou, ainda, existem na realidade social, mas não com o propósito descrito. Em outras palavras, a projeção é de alguma entidade, acontecimento ou circunstância delirante.

Quanto às demais formas verbais de entender no corpus, **entendendo** (2ª mais usada) foi usada todas as vezes como tá entendendo?, em forma interrogativa, seguindo o mesmo padrão de entendeu.

Exemplo:

149) Porque o programa tem isso também, doutora. Ele tem idéias minhas para revolucionar a vida na Terra, tá entendendo?

Já **entenderam**, 3ª forma mais usada, veio acompanhada de não.

Exemplo:

150) As pessoas não entenderam o programa, porque no programa eu falo de brincadeira e coisas sérias.

Nesse caso, o fenômeno que não foi entendido pelas pessoas foi o programa, que é uma criação delirante. Também aqui, percebe-se a relação entre o delírio do paciente e a incompreensão das demais pessoas. Os pacientes já antecipam essa possível incompreensão e, quando falam de itens que imaginam serem problemáticos, já perguntam entendeu? Certamente, esses dados corroboram Rochester & Martin (1979) e sua afirmação de que os pacientes sem desordens do pensamento evitam falar itens que consideram

problemáticos. Somando-se seus achados aos desta tese, pode-se conjecturar que, quando tais itens problemáticos são mencionados, são acompanhados em algum momento por um item lexical que faça com que o interlocutor imagine que o próprio paciente não considera tais relatos perfeitamente naturais e compreensíveis.

Já nos casos em que o processo teve eu como experienciador, ou ele não foi consumado, uma vez que veio acompanhado do modal queria (175), ou foi suavizado por uma expressão que equivale a em minha opinião, o que faz da projeção em questão não uma compreensão, mas uma conjectura, um palpite (176):

151) Eu queria **entender** era uma coisa, porque eu quero sarar de tudo, porque eu sou nova, né, num sou muito feia, igual ficar sofrendo por causa de coisa de cabeça?

152) Se ele achar que deve vir uma menina, vai vir uma menina, mas pelo que eu tô, os sintomas dela, pelo jeito que eu **entendo**, pelo que eu estudei de medicina, é mulh, é homem.

Dessa forma, percebe-se que, assim como no caso do processo saber, os portadores de esquizofrenia não entendem ou o fazem apenas parcialmente.

#### 3.1.3.4) Verbo gostar

O verbo **gostar** foi o 15º mais usado no corpus, considerando-se todos os verbos usados com função de processos, contando 47 ocorrências. Quando se considera apenas a categoria dos processos mentais, foi o 4º mais usado.

1ª forma mais freqüente: **gosto** – primeira pessoa – presente (28 ocorrências)

Chama a atenção o fato de a maior parte das ocorrências desta forma verbal (64%) virem acompanhadas dos operadores de polaridade negativa não ou num. Provavelmente, quando se considera a bibliografia sobre esquizofrenia, tal dado dá subsídio gramatical às categorias clínicas da

avolição e da alteração na afetividade, uma vez que indica, conforme Bleuler (1924), uma predisposição especial ao desgosto (exs. 174 e 175) e uma debilidade da vontade (exs. 176 e 177). Nestes últimos exemplos, os pacientes se mostram completamente passivos diante da perda de um relacionamento ou de um hábito de que gostavam.

Exemplos:

153) De maneiras que eu tô levando a vida até muito bem, fora do, do, da situação financeira estar brava, estou com o nome no SPC e tal, né, e não é bom isso, eu não gosto disso.

154) Nunca briguei com ninguém, não. Num gosto nem de falar nisso, eu num gosto.

2ª forma mais freqüente: **gostava** – primeira pessoa – passado (8 ocorrências)

Nas orações cujo processo é realizado pelo verbo gostar na forma **gostava**, o uso deste verbo indica um sentimento de prazer ou afeto que era habitual em relação a algo. No entanto, observando-se as orações que compõem o complexo oracional em que a oração mental está inserida, vê-se que tal processo não encontra mais espaço na vida do paciente (exemplo 177), mas que isso não revelou-se causa de um sofrimento (176), sugerindo uma indiferença afetiva.

Exemplos:

155) Não, foi assim: Ele terminou comigo, eu **gostava** muito dele, e tal, aí ele pegou e ficou comigo desse jeito, depois de um, menos de um mês ele terminou comigo.

156) É gostoso, eu **gostava** demais, mas eu parei de comer carne...

Tendo sido feitas as análises individuais dos verbos usados com mais freqüência nas orações mentais, pude sintetizar os padrões de uso no corpus deste tipo de oração, como ilustra o Quadro 7, a seguir.

## QUADRO 7

### Padrões léxico-gramaticais das orações mentais

| Tipo de processo | Subtipos  | Padrões léxico-gramaticais                                                                                              | Exemplos                                                                                                                   |
|------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mental           | Cognição  | [Experienciador em 1ª pessoa] + marcador de polaridade negativa + processo mental de cognição                           | Só sei que dá dentro da cidade.<br>Ou no fim da cidade, <u>num sei</u> , <u>não</u> .                                      |
|                  |           | [Experienciador em 1ª pessoa] + processo mental de cognição + fenômeno de sentido negativo                              | Ele num fala nada comigo, não, mas, <u>eu sei</u> , eu sei <u>o problema da minha vida</u> .                               |
|                  |           | Oração no modo interrogativo: projeção + [experienciador em 3ª pessoa] + processo mental de cognição em terceira pessoa | Porque o programa tem isso também, doutora. <u>Ele tem idéias minhas para revolucionar a vida na Terra, tá entendendo?</u> |
|                  | Afeto     | [Experienciador em 1ª pessoa] + operador de polaridade negativa + processo mental de afeto positivo + fenômeno          | Nunca briguei com ninguém, não. <u>Num gosto</u> nem de falar nisso, eu <u>num gosto</u> .                                 |
|                  | Percepção | [Experienciador em 1ª pessoa] + processo mental de percepção + fenômeno com léxico do campo do sobrenatural             | <u>Vi um rádio que aumenta sozinho</u> , não sei se é problema de cabeça ou se é porque o rádio aumenta...                 |

### 3.1.4) Processos verbais

#### 3.1.4.1) Verbo falar

**Falar** foi o segundo verbo mais usado pelos pacientes para realizar função de processo. Analisaremos, a seguir, o verbo **falar** exercendo função de processo verbal em suas três formas mais freqüentes de aparecimento.

As conotações encontradas nas verbiagens que acompanharam **falar** foram:

**TABELA 4**  
**Porcentagem de ocorrências do verbo falar com atributos e identificadores por conotação**

| Conotação | 3ª pessoa |          | 1ª pessoa |          |         |          |
|-----------|-----------|----------|-----------|----------|---------|----------|
|           | % falou   | Exemplo  | % falei   | Exemplo  | % falar | Exemplo  |
| Positiva  | 14        | Núm. 181 | 16        | Núm. 178 | 26      | Núm. 184 |
| Negativa  | 44        | Núm. 182 | 46        | Núm. 179 | 58      | Núm. 185 |
| Neutra    | 42        | Núm. 183 | 38        | Núm. 180 | 16      | Núm. 186 |

Exemplos numerados:

157) **Falei** assim: "Deus vai fazer justiça".

158) Eu **falei** assim: "Mulher desgraçada!"

159) Eu até respondi, **falei** assim: "Oi!" - na hora que ele me chamou".

160) O cara pegou e **falou** comigo: "É, menino! Isso mesmo!"

161) Ele **falou** assim: "Seu merda, seu miserável, cê me, me paga! Cê buzinou aquele trem!"

162) Ele **falou** comigo assim: "Ô, E, vamos ali mais eu, que depois eu vou..."

163) Eu vou **falar** com cê... Ele tinha poder. Ele fazia a água, a água abrir, fazia tudo...

164) Eu vou **falar** com o senhor, rapaz. Ele ficou feio demais, né?

165) Eu vou te **falar**... Tem muitas pessoas que tá pra vir aqui na cidade.

1ª forma mais freqüente: **falei** – primeira pessoa – passado (85 ocorrências)

Chama a atenção o número superior de ocorrências com verbiagens de sentido negativo (exemplo 179) seguido pelas ocorrências de conotação neutra (exemplo 180). As verbiagens de sentido positivo (exemplo 178) ocorreram em número bem menor.

2ª forma mais freqüente: **falou** – terceira pessoa – passado (69 ocorrências)

O número de orações verbais que têm como processo o verbo falar na forma **falou** também apresentou uma maioria de conotações negativas (como no exemplo 182). Ou seja, quando este processo aparece na terceira pessoa, os colocados são, sobretudo, negativos, e o que é falado é, normalmente, um fato contrário aos pacientes. Como exemplos adicionais de verbiagens, citam-se: que era mentira; invenção da minha cabeça; que eu sou doida.

Os dizentes que figuraram no corpus, além de eu, foram: Deus; o demônio; o ET; o padre; um colega; você (referindo-se ao médico e como pergunta); ela (uma secretária da prefeitura); ele (um assaltante; um amigo; um irmão; um ex-marido). Novamente aqui, são reportadas falas de personagens de narrativas familiares e/ou fictícias (fictícias porque Deus, o diabo e o ET não são personagens que “falam” no cotidiano). A maioria das orações verbais cujo processo é realizado por falar apresenta como receptores os pronomes me ou mim. O número de discursos diretos prevaleceu de forma massiva sobre o de discursos indiretos – o que sugere um caráter vivo, dinâmico, nas narrativas dos falantes com esquizofrenia.

Terceira forma mais freqüente: **falar** – infinitivo (34 ocorrências)

Todas as ocorrências de **falar** no infinitivo apresentaram eu como dizente (como nos exemplos 184, 185 e 186). Dessas, a maioria apareceu tendo como colocados as partículas de negação nem e não e o modal gostaria, em um contexto em que o falar era sobre a doença.

Exemplos:

166) Num gosto nem de **falar** nisso, eu num gosto.

167) Eu num gostaria de **falar**, doutora.

A tendência foi falar uma maioria de verbiagens negativas (exemplo 185), seguidas das neutras (exemplo 186) e, por fim, das positivas (exemplo 184). Pode-se, expostos os dados, afirmar que, quando os pacientes usaram orações verbais cujo processo foi realizado pelo verbo falar em suas diversas formas, relataram mais falas de significado negativo – tanto as próprias falas quanto as falas dos outros. É importante observar, contudo, que a tendência maior foi a de uma maior proporção de verbiagens negativas em relação às demais figurar nas orações que têm **eu** como dizente.

Tendo sido feitas as análises individuais dos verbos usados com mais frequência nas orações verbais, podemos sintetizar os padrões de uso no corpus deste tipo de oração. O quadro 8, abaixo, representa tais padrões.

**QUADRO 8**  
**Padrões léxico-gramaticais das orações verbais**

| Tipo de processo | Padrão léxico-gramatical                                                                                        | Exemplo                                                                                                                                                                            |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Verbal</b>    | Dizente em 1ª ou 3ª pessoa + processo verbal + verbiagem de sentido negativo                                    | <u>Eu falei assim</u> : " <u>Eu vou passar esse Baygon na minha filha</u> ".<br>Aí passou um mês, <u>ele falou</u> : " <u>Ó, O, o nosso advogado bateu o carro lá e morreu!</u> ". |
|                  | Operador de polaridade negativa + marcador de modalidade + [dizente em 1ª pessoa] processo verbal no infinitivo | <u>Num vou falar</u> , não, porque... Eu num vou falar isso, não.                                                                                                                  |

### 3.1.5) Processos comportamentais

Nesta seção, não serão mostradas as frequências de cada forma dos verbos em questão: como as frequências de cada forma foram pequenas, não faz sentido considerá-las individualmente. Optei, então, pela abordagem de cada um dos verbos abaixo de forma global, considerando-se todas as suas formas num só tópico. Vamos a eles.

#### 3.1.5.1) Verbo conversar

O verbo **conversar** foi usado na primeira pessoa, sempre acompanhado de itens lexicais que indicam que a ação não foi levada a cabo ou, pelo menos, não foi empreendida com sucesso.

168) **Conversava** tudo errado.

169) Eu perdi o jeito que fala, **conversando** errado, o jeito, **conversando** tudo errado, assim, pronunciando as palavra tudo errado...

170) Eu nem percebia que eu **tava conversando** errado.

171) Eu sei só que eu fiquei dois dias sem **conversar** nada.

#### 3.1.5.2) Verbo dormir

O verbo **dormir** foi o segundo mais usado para desempenhar a função de processo comportamental, num total de 23 vezes. Pela observação do seu uso nas várias formas verbais, pode-se afirmar que os pacientes relataram dificuldades na consecução desta função fisiológica.

Exemplos:

172) Num **dormir**, nem nada, ficar com sono, levantar a noite inteirinha...

Agora mesmo, eu tô com sono, porque eu num **durmo**, eu fico levantando toda hora pra beber água...

173) Eu fiquei sem **dormir**, sem nada.

174) Eu tomei o remédio e nisso de eu tomar esse remédio, eu desmaiei.

**Dormi** na hora.

### 3.1.5.3) Verbo **sarar**

Este verbo foi o terceiro mais usado na função de processo comportamental, com 12 ocorrências. Tanto em formas de primeira (exemplos 192 e 193) quanto de terceira pessoa (exemplo 194), o uso do verbo, em suas várias formas, é acompanhado por operadores de polaridade negativa, que oferecem às orações uma conotação negativa, de debilidade física.

175) Eu acho que eu num vou **sarar** mais não...

176) Num vou **sarar** mais não. Tem uns oito anos, já que eu tô assim...

177) Agora eu melhorei, né, mas e as, os trens da cabeça que num saram..

Tendo por base a análise de orações cujos processos são realizados pelos três verbos mais usados nessa função, fica evidente que a tendência do discurso dos pacientes é usar processos comportamentais acompanhados de operadores de polaridade negativa ou elementos modalizadores. Tal padrão indica, provavelmente, uma dificuldade de realização de atividades fisiológicas básicas. O paciente tenta, mas o corpo involuntariamente não acompanha sua necessidade. O quadro 9, abaixo, representa o padrão léxico-gramatical das orações comportamentais.

**QUADRO 9**  
**Padrão léxico-gramatical das orações comportamentais**

| Tipo de oração        | Padrão léxico-gramatical                                                                                                    | Exemplo                              |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Comportamental</b> | [Comportante em 1ª pessoa do singular] + operador de polaridade negativa + [elemento modalizador] + processo comportamental | <u>Num consigo</u> <b>dormir</b> ... |

### 3.1.6) Processos existenciais

#### 3.1.6.1) Verbo ter

Quando usado no sentido de processo existencial, o verbo **ter** foi o 7º mais usado em geral pelos pacientes. Considerando apenas a categoria dos existenciais, foi o primeiro mais usado.

1ª forma mais freqüente: **tem** – terceira pessoa – presente (74 ocorrências)

**Tem** como processo existencial foi usado no corpus da seguinte maneira:

#### **Com existente temporal**

178) **Tem** dia que eu choro, choro...

179) **Tem** hora que eu num tenho atitude de gente normal, não...

#### **Com existente inanimado**

180) Parecendo que **tem** um saco de cimento na minha cabeça.

181) **Tem** um dispositivo aqui... Quando eles acorda, eles me acha, localiza pelo radar.

#### **Com existente humano**

182) **Tem** também os caras nos Estados Unidos... la acontecer coisa com eles, num aconteceu...

183) E **tem** mais três irmão meu que é doido...

Nas orações existenciais, o sentido negativo, neutro ou positivo foi dado, normalmente, pelos qualificadores dos grupos nominais que realizam a função de existente (ou pela ausência de qualificadores, no caso do sentido neutro) ou pelos atributos que se seguem a ele, em sua descrição.

O sentido negativo foi o predominante nos três tipos de orações existenciais (exemplos 199, 200, 201, 204). Quando o existente foi uma época ou situação (exemplos 199 e 200), o paciente está falando de alguma situação desagradável que ele vive no tempo presente. O curioso é que ele descreve

um dos aspectos de sua enfermidade de maneira que o psiquiatra considere sua colocação uma ocorrência pontual: muito provavelmente, tem dia que ou tem hora que querem dizer habitualmente. A maioria das orações que apresentam existentes pessoas (exemplos 203 e 204) ou coisas (exemplos 201 e 202) dizia de entidades que têm existência somente na realidade mental dos pacientes. Em 203, o paciente diz que não aconteceu uma tragédia com os americanos por causa de sua interferência. Nos demais casos, os pacientes respondem a perguntas do psiquiatra (como em 197, resposta à pergunta feita pelo médico, se havia outras pessoas na família que agiam de maneira semelhante à que ele relatava) ou descrevem lugares, pessoas ou episódios que fazem parte de seu cotidiano.

2ª forma mais freqüente: **tinha** – terceira pessoa – passado (25 ocorrências)

#### **Com existente temporal**

184) Aí **tinha** hora que eu pegava ela e batia nela...

185) Então, **tinha** fase que eu ficava assim, "gente, meu Deus", era maravilhoso demais de passar, mas **tinha** as fases que eram duvidosas.

#### **Com existente inanimado**

186) Eu num tava autorizando o programa a fazer essas coisas, porque quando eu fiz o programa, **tinha** coisas erradas no programa, entendeu?

187) Aí, eu fui investigar, néh, se a tropa minha tava lá ainda. Quando eu cheguei lá, num **tinha** mais nada.

#### **Com existente humano**

188) Essa última crise minha, eu vi... Sempre **tinha** alguém comigo, sabe?

189) Comecei a falar que Deus falava comigo. É... Que **tinha** um escolhido, né?

Em todos os exemplos acima, as orações descrevem épocas ou situações vivenciadas pelos pacientes no curso de sua doença mental. Nas

orações com todos os tipos de existentes, a conotação predominante também foi a negativa. Também foi significativo o número de orações com os operadores de polaridade não e num indicando a ausência de algo – ausência essa motivo de estranhamento e indicativa de distúrbio mental); dessa forma, depreende-se que, como regra, neste corpus de estudo, os pacientes dizem não haver algo ou haver algo negativo.

Tendo sido feitas as análises individuais das formas verbais usadas com mais frequência nas orações existenciais, podemos sintetizar os padrões de uso no corpus deste tipo de oração. O quadro 10, abaixo, representa tais padrões.

**QUADRO 10**  
**Padrões léxico-gramaticais das orações existenciais**

| Tipo de processo   | Padrão léxico-gramatical                                                                                        | Exemplo                                                           |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Existencial</b> | Processo existencial + Existente (tempo, humano ou objeto/entidade inanimada) de sentido negativo               | Só que <b>tem</b> <u>muita injustiça</u> no meio desse trem aqui. |
|                    | Marcador de polaridade negativa + processo existencial + existente (tempo, humano ou objeto/entidade inanimada) | Aqui, devia ter segurança. <u>Num</u> <b>tem</b> nenhum!          |

Com a análise detalhada do sistema da transitividade, algumas categorias semânticas delinearam-se. Essas categorias são possíveis características dos falantes com esquizofrenia que puderam ser sugeridas a partir do trabalho com o corpus da pesquisa. É imprescindível ressaltar que estas não são categorias estanques; pelo contrário, em diversos momentos elas se interpenetram e se tangenciam. Em alguns momentos, não fica mesmo claro se a categoria gramatical em questão evidencia mais uma ou outra categoria semântica. Com isso, é um dado que a subjetividade da

pesquisadora ficou evidente na categorização. As realizações gramaticais dos sentidos propostos muitas vezes foram tiradas dos exemplos descritos acima, que ilustraram os processos mais usados; outras vezes, os exemplos foram tirados das análises das linhas de concordância de processos pouco usados – o que ressalta a importância do trabalho de análise de todas as concordâncias dos processos encontrados no corpus.

Dessa maneira, na próxima seção apresento as categorias semânticas que se delinearam a partir das categorias léxico-gramaticais apresentadas acima. As categorias semânticas não apresentam relação necessária com as categorias clínicas da esquizofrenia descritas na seção anterior deste trabalho, uma vez que o propósito da pesquisa não foi apresentar as realizações léxico-gramaticais das categorias clínicas. No entanto, veremos que a maioria das categorias advindas da análise apresenta uma relação com a descrição clínica, em maior ou menor grau. Vamos, então, à apresentação dos resultados.

### 3.2) Interpretação dos resultados

Nesta seção, procuro responder a segunda pergunta de pesquisa, de quais os significados dos padrões léxico-gramaticais observados no discurso dos pacientes, sob o ponto de vista do sistema da transitividade. Respondo a esta pergunta por meio da apresentação de categorias semântico-discursivas.

São possíveis características do discurso de falantes com esquizofrenia:

#### 3.2.1) A inação

Essa categoria parece refletir uma postura um tanto passiva dos pacientes em relação aos acontecimentos da vida. Parece haver uma tendência de não consecução de ações materiais. Os falantes apresentaram uma tendência de modalizar seus atos. Foi constante a presença de processos que não se concretizaram de fato.

A categoria pôde ser observada sobretudo por meio do uso das orações materiais – principalmente as acompanhadas de modais. Em menor grau, a categoria pôde ser observada também no uso de orações comportamentais e mentais. Pode-se, assim, falar em inação material, cognitiva e comportamental.

#### Orações materiais

##### **Padrões léxico-gramaticais**

|                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>[Ator em 1ª pessoa do singular] + elemento modalizador + processo material</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>[Ator em 1ª pessoa do singular] + operador de polaridade negativa + [elemento modalizador] + processo material</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Para embasar a categoria da inação, deve-se observar a análise, feita na seção anterior, do uso do processo **FAZER**, que indica prototipicamente a realização gramatical da categoria da não-atividade. Abaixo, estão outros exemplos de orações materiais, com outros verbos usados como processos, que também dão subsídios à categoria.

Exemplos de orações que ilustram a categoria descrita:

Com o verbo **ACHAR**: colocado com não e ainda, demonstra que o fato descrito ainda não foi consumado:

190) Eu tô procurando, só que ainda não **achei** a menina ainda.

Com o verbo **ASSUMIR**: aparece no corpus com os modalizadores querendo e tentando, indicando que o ato não foi consumado. O fato do ato não consumado ser o de **assumir** algo revela, também, uma dificuldade social de tomar responsabilidades para si:

191) Eu tava tentando **assumir** a direção, mas quem dirigiu o programa, os primeiros passos do programa, num foi eu não.

192) Eu tava querendo **assumir** a direção, tá dando pra entender agora?

Com o verbo **CASAR**: modalizado por tô pra, indica que, ainda que as coisas estejam quase certas, o fato ainda não aconteceu. Os pacientes parecem repetir tal padrão: suas ações ficam no espaço do quase – freqüentemente, elas não se realizam de fato.

193) Tô pra **casar**.

Nas orações com o verbo **DEITAR**, este foi colocado com a palavra só, o que reforça ainda mais a idéia da não atividade, de uma postura passiva frente aos acontecimentos da vida:

194) Eu ficava só deitada, só deitada... Só **deitava**, num tomava banho, num fazia nada, num comia...

Com o verbo **ESPERAR**: este verbo foi usado de maneira que fica dado que o ato de esperar é uma constante na vida dos pacientes – o que indica uma atitude passiva:

195) E eu, é o seguinte: eu vou **esperar** mais uns dias e ver o quê que resolve. Né?

Com uma única exceção, o verbo **IR** no infinitivo foi usado nas orações sempre com um modal: quero; queria; deixar, ou com os operadores de polaridade negativa não e num – o que reforça a imagem dos pacientes como passivos: de maneira geral, eles não vão aos lugares – não se movimentam, não agem.

196) Eu queria **ir**, eu tava tão, eu queria ir, eu pedia pra **ir**.

197) Eu num quero **ir** nesse tal de banco... Que eu não gosto.

Com o verbo **PRENDER**: aqui, chama a atenção o uso da colocação me prenderam – e não fui preso, por exemplo. O uso da oração na voz ativa e na terceira pessoa traz o foco para o agente – que, no caso, são os outros. Isso também evidencia a próxima categoria, descrita a seguir, na medida em que mostra, no discurso dos falantes com esquizofrenia, uma falta de autonomia, uma visão de que os outros é que decidem a sua vida:

198) Me crucificaram, me **prenderam**, fizeram tudo comigo e depois, nada?

A maioria das ocorrências do verbo **TRABALHAR** na primeira pessoa é acompanhada dos colocados não consigo e perdi o jeito de – o que indica também uma auto-imagem negativa, bem como uma dificuldade ou mesmo impossibilidade de execução de uma atividade socialmente esperada e naturalizada – que, neste caso, é o ato de trabalhar:

199) Eu perdi até o jeito, o jeito de **trabalhar**.

Quando usaram os verbos **VENCER** e **CORRIGIR**, as ocorrências foram modalizadas por quis e queria, indicando que os fatos não se consumaram – o que se confirma conforme vai seguindo a leitura da transcrição dos dados:

200) Eu quis **vencer**.

201) E eu queria **corrigir** isso com a minha tropa.

Como a categoria da inação foi formulada sobretudo devido à presença massiva de modais no discurso dos pacientes, voltemos aqui nossa atenção detalhadamente para estes verbos.

O verbo **COMEÇAR** foi usado como modal, para relatar uma tentativa de fazer algo, que acabou não se consumando:

202) Eu sempre **começava** [a fazer] as coisas e parava.

**CONTINUAR:** colocado com não e quis. Parece ser uma tendência do discurso dos falantes com esquizofrenia o fato de não levarem adiante algumas ações já começadas:

- 203) Comecei a fazer, só que como eu já sabia desenhar, ia passar pra tela, aí eu num... Num quis continuar, não.

**DAR CONTA** como sinônimo de conseguir é sempre acompanhado de num e de um processo material, indicando uma dificuldade em realizar atividades sociais e domésticas:

- 204) Eu num dou conta de fazer nada, doutor A.

- 205) Minha cabeça fica pesada assim, ó, hora que eu vou arrumar a casa, eu num dou conta nem de arrumar a casa...

**DEIXAR:** aqui, é o outro participante que realiza a ação, delegada pelo paciente em questão – o que indica que, mais uma vez, o falante com esquizofrenia não agiu efetivamente:

- 206) Eu tô afastado, eu tô **deixando** que Deus prossiga na atitude que ele quer que é o que aconteça, então eu tô...

O verbo **IR** é usado como modalizador de processos materiais – indicando que algo seria feito, mas não foi. O exemplo 233 se encaixa também na categoria de relato de acontecimentos inusitados (apareceu o ET):

- 207) Eu ia procurar um advogado, e tal...

- 208) Eu ia ligar pras pessoas, dona I, quando apareceu o ET.

**QUERER:** colocado com um processo material, indica uma ação que ficou apenas no pensamento, que não foi concretizada – o que foi uma tendência do discurso dos pacientes:

- 209) Eu tava vendo as coisas acontecerem, sendo que era, sendo que eu queria participar daquilo, cê tá entendendo?

O grande número de orações mentais que apresentam um operador de polaridade negativa foi o que levou à consolidação da categoria da inação–

neste caso, da inação cognitiva. Em relação a seu papel no desenvolvimento desta categoria, o padrão observado foi:

#### Orações mentais

#### **Padrão léxico-gramatical**

**[Experienciador em 1ª pessoa] + operador de polaridade negativa + processo mental de cognição**

Quando os pacientes usaram o verbo **DECIDIR**, chamou a atenção o fato de a decisão ser por não fazer algo. Note-se também o fato de o verbo ter tido apenas uma ocorrência em todo o corpus, o que pode ser indício de uma dificuldade dos portadores de esquizofrenia na tomada de decisões – e que, em última análise, só faz por reforçar a categoria da inação, da postura passiva diante dos acontecimentos:

210) Não, porque eu já **decidi** num entrar. [no programa].

O verbo **DESCOBRIR** é modalizado por tentando, no exemplo 236 e por ia no 237, o que indica que a ação não foi realizada até então:

211) Isso é verdade mesmo, eu tô tentando **descobrir** isso até hoje, eu num consegui nada de concreto, entendeu?

212) Atrapalhou, que eu ia **descobrir** o trem.

O verbo **ENTENDER** foi algumas vezes modalizado por queria, deixando claro que a compreensão ainda não foi alcançada:

213) Eu queria **entender** era uma coisa, porque eu quero sarar de tudo, porque eu sou nova, né, num sou muito feia...

O verbo **ESTUDAR** foi colocado com ia, o que mostra que o ato não foi consumado. Tal dado pode ser visto como uma dificuldade na realização de atividades cognitivas e de metas sociais:

214) Então esse papel aqui que eu fiz, que eu ia **estudar**, néh...

215) Eu ia voltar a **estudar** e num voltei .

O verbo **LER** foi colocado com num tô e consequindo, o que indica que, mais uma vez, os falantes estão tendo dificuldades em realizar atividades cognitivas:

216) É uma declaração que eu fiz aqui, mas é aqui embaixo, eu num tô conseguindo ler, néh?

O verbo **PRETENDER** foi usado com colocados positivos – o que, dada a constatação da inação como um padrão do corpus do discurso dos pacientes, dá um indício de que os fenômenos positivos são apenas pretendidos, e não alcançados:

217) Eu **pretendo** ter muito dinheiro!

218) Eu **pretendo** jogar bola por prazer de jogar

#### Orações comportamentais

#### **Padrão léxico-gramatical**

**[Comportante em 1ª pessoa do singular] + operador de polaridade negativa + [elemento modalizador] + processo comportamental**

O verbo **CAMINHAR** foi usado com colocados negativos (num, não), e indica uma dificuldade de realização de uma atividade corporal básica:

219) Eu fui caminhar, eu tinha três anos de idade, eu num caminhava, não, eu ia rolando.

O verbo **CONVERSAR** foi usado na primeira pessoa e colocado com errado, com ninguém e com nada, e o verbo **PRONUNCIAR**, colocado com a palavra errado. Ambos indicam comportamentos prejudiciais à vida social do paciente. Observa-se, aqui, uma variação no padrão das orações comportamentais: em vez do operador de polaridade negativa, o verbo pode aparecer colocado com uma circunstância de sentido negativo, como em 241 e 242:

220) **Conversava** tudo errado.

221) Eu perdi o jeito que fala, conversando errado, o jeito, conversando tudo errado, assim, **pronunciando** as palavra tudo errado...

Quando os pacientes usaram o verbo **DORMIR**, foi sempre com operadores de polaridade negativa ou modalizadores, como não, sem, num consigo, o que

indica a incapacidade de desempenharem atividades fisiológicas básicas – o que certamente compromete o alcance de metas sociais:

222) Sem **dormir**, sem nada.

223) Num consigo **dormir**...

O verbo **OUVIR**, colocado com nem e mais, indica a ausência de um comportamento fisiológico considerado normal:

224) Os ouvido nem **ouvia** mais.

Quando os pacientes usaram **SARAR**, também foi com os operadores de polaridade negativa num e não, indicando uma debilidade em decorrência da doença mental e também uma visão negativa da vida:

225) Num vou **sarar** mais não.

O verbo **SUFOCAR**, usado com os colocados eu, e angina, indica um estado de saúde adverso devido à doença:

226) Eu comecei a **sufocar** porque, por causa da angina.

### 3.2.2) A dependência

Esta categoria parece revelar uma postura, dos pacientes em geral, dependente de terceiros. Na maior parte do tempo, a imagem que projetam em seu discurso é de uma grande fragilidade e vulnerabilidade: nesta visão, os pacientes se mostram à mercê das vontades dos outros, cabendo a eles apenas obedecê-los. Em outras vezes, o que parece estar delineada é uma visão de que as coisas são impostas de fora, por terceiros. A falta de autonomia para realização de ações e tomada de decisões, bem como a dificuldade de comprometimento com os fatos e de responsabilização pelas ações ficaram claras no discurso dos pacientes. A categoria pôde ser formulada pela observação do uso de certo tipo de orações materiais, e por algumas orações mentais, verbais e comportamentais.

Em relação às orações materiais, o padrão que evidenciou o traço da dependência/falta de autonomia foi:

**Ator em 3ª pessoa + [elemento modalizador e/ou operador de polaridade negativa] + processo material dispositivo + pronome oblíquo em primeira pessoa como beneficiário**

O verbo **AJUDAR** foi usado na terceira pessoa e colocado com me, também indicando que os pacientes dependem de outra pessoa para realizar suas ações:

227) Eu queria que um maçom me **ajudasse** pra mim tirar dinheiro dessa Igreja Católica e ainda me colocar no futebol.

O uso do verbo **ARREBENTAR** pelo paciente evidenciou que a autoria do auto-extermínio foi atribuída ao cigarro, não a si próprio:

228) O cigarro tá **arrebentando** eu...

O verbo **BAIXAR**, colocado com Deus e me, denotou uma delegação de responsabilidade – o que embasa tanto a inação (categoria 1) quanto a postura dependente (categoria 2):

229) Deus vai me **baixar** isso ainda.

O verbo **BOTAR**, ocorrendo com os da polícia e eu, mostra que o paciente está à mercê das vontades dos outros:

230) Só sei que os da polícia chamou eu, **botou eu** dentro do carro, fui com eles..

O verbo **COLOCAR** foi usado pelos pacientes, em todas as orações, acompanhado de me, indicando também a visão de que sua vida está nas mãos dos outros:

231) Eu quero indenizar essa Igreja, aí eles vão ter que me colocar pra jogar bola...

232) Queria que ele me ajudasse pra mim tirar dinheiro dessa Igreja Católica e ainda me colocar no futebol.

O verbo **CUIDAR**, usado em terceira pessoa e com mim como beneficiário, também ilustrou a falta de autonomia e a passividade dos pacientes:

233) A minha mãe foi obrigada a largar o meu pai pra vir **cuidar de mim**.

O verbo **DAR**, em terceira pessoa e colocado com chance e me, também evidenciou a vulnerabilidade e a falta de autonomia dos pacientes. Observe-se que um atributo positivo (ser membro do projeto) só é possível de ser conquistado se os outros oferecerem a possibilidade:

234) Eu seria um membro se eles me dessem chance.

O verbo **DEPENDER**, em terceira pessoa e colocado com não e de mim no exemplo abaixo, indica que a responsabilidade pelo programa – algo elaborado pelo próprio paciente no delírio – é delegada a outrem – o que sugere uma postura passiva, uma dependência de terceiros:

235) Então, [o programa] não dependia nada de mim, porque... Éh...

O verbo **DESTRUIR** foi usado com o ator um rapaz e a meta minha vida. Desta maneira, a paciente coloca toda a responsabilidade pela “destruição” da sua vida nas mãos de outra pessoa. Neste exemplo, o beneficiário não é realizado

por um pronome oblíquo de fato, mas por algo que poderia ser substituído por tal: destruí a minha vida é equivalente a destruir a mim.

236) Eu conheci um rapaz, nós começamos a namorar, só que ele **destruiu** minha vida...

**INTERCEDER**: o exemplo abaixo, acompanhado dos colocados ele e pra um pobre coitado que nem eu, expressa, além da falta de autonomia, uma visão determinista que prega que, se não for pela intercessão de Deus, resta somente a perdição:

237) Se num for ele pra [Deus] **interceder** pra um pobre coitado que nem eu, há de perder na alma de Satanás e tudo quanto há.

**TIRAR**: este processo foi usado com o colocado minha virgindade e a expressão sem eu querer, o que sugere a incapacidade da paciente de assumir o controle da própria vida.

238) Ele ficou comigo, ele **tirou** minha virgindade sem eu querer...

Também a categoria ora discutida, a da dependência, mereceu um estudo individualizado do papel dos modais para a sua própria constituição como categoria. Vamos, então, a eles.

O modal **DEIXAR** foi usado em terceira pessoa, sempre com as partículas de negação num e não e, normalmente, com um processo material: as pessoas não deixam os pacientes fazerem algo. Isso reforça também a idéia de passividade e o relato de acontecimentos negativos (referente à categoria 5):

239) É... Num **deixa** eu namorar, num deixa eu escolher namorado pra mim...

Quando usam o modal **PODER** na primeira pessoa (**POSSO**), a maioria das vezes é acompanhado dos operadores de polaridade negativa não e num, indicando uma postura de submissão à determinação de outras pessoas:

240) Eu ia pro córrego, não **podia** amarrar o portão... Nós num **pode** não, porque... Folgar, néh?

**TER QUE:** o uso deste modalizador indica uma visão determinista, de que a vida é determinada de antemão, e que não há saída para que se evite a realização do destino. A afirmação abaixo indica também uma visão negativa da vida:

241) Uma vez eu falei assim que eu **tinha que** sofrer muito, pra mim aprender na vida.

#### Orações comportamentais

O verbo **ADOECER**, em terceira pessoa, foi usado com a meta me: tal meta, inusitada, indica que até para adoecer, o paciente precisa que alguém o faça por ele:

242) Ele ia me **adoecer**. Lá da, da Flórida.

#### Orações verbais

Nestas orações, o traço da dependência é mais evidente quando os pacientes usam estruturas com dizente em terceira pessoa realizando um processo verbal de sentido negativo, sempre acompanhados de um pronome em primeira pessoa como receptor da verbiagem. Os exemplos 267, 268, 271 e 272 ilustram essa estrutura. As demais orações, embora apresentem outra estrutura, ilustram também o traço da vulnerabilidade e da visão de que as coisas são impostas de fora.

O verbo **CHAMAR**, acompanhado de me e de minha irmã como a dizente, indica uma vulnerabilidade e sujeição aos outros:

243) Minha irmã **chamou** a polícia pra me trazer pra cá.

O verbo **ESCREVER** foi acompanhado de itens negativos (como puta e veado) e que indicam uma espécie de profecia por parte dos personagens do delírio, com o colocado vai. Aqui, fica clara uma visão determinista da vida, uma crença que os acontecimentos são predeterminados e impostos por terceiros. A visão de futuro, expressa no conteúdo do texto escrito, é negativa.

244) Aí, eles **escreveram** num papelzinho algumas coisas. De algumas coisas eu me lembro; outras, não. "Sua mãe vai virar puta da rua"; "Você vai pra debaixo da ponte"; "Seu pai vai virar veado"

O verbo **MANDAR** foi muito usado na terceira pessoa do singular, acompanhado de me e eu – evidenciando mais uma vez a postura de falta de autonomia dos pacientes:

245) A minha mãe me **mandou** deitar, eu deitei, e quando eu vi: Tuuum, Sumi...

246) Minha mãe **mandou** eu esquecer, mas eu num queria esquecer, não!

O verbo **PEDIR** foi o verbal segundo mais usado, e muito mais na primeira que na terceira pessoa – o que denota a postura dependente dos pacientes:

247) Eu cheguei lá e **pedi** à senhora o botijão...

248) Eu **pedi** a Deus que ele me desse o mesmo poder que ele deu aos discípulos dele pra viajar pra pregar a sua palavra.

O verbo **PROIBIR**, colocado com me como receptor, retrata a posição dependente do falante, de quem apenas obedece e se sujeita às ordens de terceiros.

249) Depois eu vim pra cá, quando eu adoeci meu pai pegou e me **proibiu** de namorar, me prejudicou.

#### Orações mentais

O verbo **LIGAR** foi usado pela paciente no sentido de **importar-se** – na terceira pessoa e acompanhado de não e pra mim. Seu uso indica que a paciente mora sozinha não por vontade própria, mas por causa de um abandono por parte de sua família. O exposto reporta também à categoria 11 (visão dos pacientes de que o mundo está contra eles):

250) Por isso que eu moro sozinha: eles num **ligam** pra mim.

### 3.2.3) A auto-imagem negativa

Esta categoria semântica pôde ser evidenciada nas orações relacionais, embora também tenha encontrado expressão em orações mentais com experienciador em primeira pessoa.

Orações relacionais:

**Padrão léxico-gramatical**

**Portador/identificado em 1ª pessoa do singular + processo relacional +  
atributo/identificador de sentido negativo**

Os atributos escolhidos pelos pacientes para se definirem apresentam, em sua maioria, conotação negativa. Análises detalhadas das orações cujos verbos são **ser**, **estar** e **ter** estão localizadas na seção anterior desta tese, sobre o percurso analítico (pgs. 129 a 140), e ilustram bem tal constatação.

Exemplo:

251) Tem hora que parece que eu sou normal, só que eu não sou normal.

Quando os pacientes usaram o verbo **FICAR**, no passado e em primeira pessoa, os atributos foram sempre negativos: nervoso; meio neurótico da cabeça; doido; ruim, ou neutros: aquí; lá; na loja, e nunca positivos.

Exemplos:

252) De uma hora pra outra eu **fiquei** louquinha.

253) Aí, eu **fiquei** ruim da cabeça eu vim embora pra cá, pra Minas, néh?

As orações com o verbo **VIRAR** também apresentaram conotação negativa, devido à presença de atributos negativos – indicando auto-imagem negativa:

254) Tava **virando** uma pessoa doente.

### Orações mentais

Quando os pacientes usaram o verbo **ACHAR** no presente e em primeira pessoa (**acho**) para falarem de si mesmos, os fenômenos projetados foram sempre negativos, o que demonstra auto-imagem negativa: que num tem melhora; que eu sou doida mesmo; que eu nunca fui muuuuito normal:

255) Um dia notaram, quer dizer, mas eu **acho** que eu nunca fui muuuuito normal, não, sabe?

### 3.2.4) O estado mental de sofrimento e a visão negativa da vida

Esta categoria encontrou sua expressão sobretudo no uso de orações mentais e de orações existenciais. Algumas orações materiais também a expressaram, bem como algumas orações verbais.

#### Orações mentais

A estrutura recorrente usada para indicar sofrimento aparece na forma de uma oração apresentando um processo mental de cognição mais uma projeção de sentido negativo (como em 277, 278, 279, e 280). Vejamos sua representação abaixo, seguida dos exemplos:

**[Experienciador em 1ª pessoa] + processo mental de cognição + fenômeno de sentido negativo**

O verbo **ACHAR** foi usado como processo mental cognitivo com projeções de sentido negativo:

256) **Acho** que era ilusão que eu passei, né?

257) Que doido eu **acho** que num tem melhora, não, né?

**LEMBRAR:** este verbo foi usado com os operadores de polaridade negativa não e num e com os modalizadores quero/queria, o que indica claramente o mal-estar, o sofrimento causado pela lembrança de alguns episódios da vida. O primeiro dos exemplos abaixo expressa também a vulnerabilidade, passividade e fragilidade dos pacientes (o que remete à categoria 2):

258) Eu num queria **lembrar** do que ele fez comigo.

259) Eu não queria, e nem quero **lembrar** do que aconteceu comigo. Que foi uma coisa assim...

Outra estrutura indicativa de sofrimento usada pelos pacientes é o verbo **sofrer** em presente ou passado simples com participante em primeira pessoa (como em 287 e 288).

**SOFRER** na primeira pessoa é um verbo usado pelos pacientes com muita frequência, associado a muito, demais, só até hoje:

260) Só **sofri** até hoje.

261) Eu **sofri** demais já...

O verbo **QUERER** foi usado como processo mental de afeição (do tipo desiderativo) com os fenômenos melhorar minha cabeça e ser curada, dos quais se infere o incômodo dos pacientes com o seu estado psicológico atual:

262) Eu **quero** melhorar minha cabeça.

263) Eu **quero** ser curada pra mim poder viver minha vida normal, né?

#### Orações materiais

**CHEGAR**: o uso deste verbo em terceira pessoa, colocado com meu dia vai denota a idéia do paciente de que, no momento, ele está passando por provações:

264) Meu dia vai **chegar**, e eu vou me liberar...

Verbo **EVITAR**: colocado com me, denota o mal-estar que o paciente sente de estar na própria pele, além de sugerir auto-imagem negativa (categoria 3):

265) Eu tava tirando esses trens aqui pra me **evitar**, entendeu?

O verbo **LEVAR**, na terceira pessoa e acompanhado da circunstância pro hospital e de me como beneficiário, dá idéia do estado de sofrimento em que a falante se encontra, uma vez que ela faz um pedido de socorro. Chama a atenção aqui também o verbo **chamar** colocado com o receptor o médico, que reforça a idéia de um sofrimento difícil de suportar. A oração indica também a dependência em relação aos outros (categoria 2):

266) Eu falei: "Pai, me **leva** pro hospital, chama um médico, me **leva** pro hospital!"

O verbo **SUICIDAR** foi usado duas vezes no corpus, ligado a queria e sofri, o que sugere um sofrimento muito grande dos falantes com esquizofrenia – quase insuportável:

267) Já eu queria **suicidar**, também ela num deixava...

268) Eu sofri muito, deu vontade até de **suicidar**...

**VIVER** usado na primeira pessoa e acompanhado da circunstância de finalidade pra eu ser crucificado, indica, além de um evidente estado de sofrimento, também uma passividade, uma visão determinista e uma auto-imagem negativa:

269) Eu **vivo**... Só pra eu ser crucificado, eu num sou Jesus não!

#### Orações verbais

**PEDIR**: quando a paciente usa este verbo, acompanhado de itens do campo da saúde (internação e remédio) na verbiagem, a paciente parece estar tão angustiada com seu estado mental de sofrimento, que conta que chegou a pedir pra ser internada, e que pedia remédios toda hora. Estas orações indicam também uma dependência dos pacientes em relação aos outros (categoria 2):

270) Eu queria ir, eu tava tão, eu queria ir, eu **pedia** pra ir [ser internada].  
Eu pedia pra ir mesmo.

271) Ficava **pedindo** doutor J. T pra me dar remédio, sempre pedindo remédio...

As orações existenciais também ilustram a maneira negativa como os pacientes enxergam a vida, na medida em que a estrutura mais usada foi realizada pelo verbo *ter* como processo existencial acompanhado de um existente de sentido negativo:

**Processo existencial + existente (tempo, humano ou objeto/entidade inanimada) de sentido negativo**

Os exemplos 299 e 300 ilustram bem a realização desta estrutura:

272) E outros problemas ainda... **Tem** vários outros problemas...

273) Só que **tem** muita injustiça no meio desse trem aqui.

### 3.2.5) O relato de fatos e acontecimentos negativos

Esta categoria ficou mais clara quando da observação de orações verbais e materiais e, em menor grau, mentais e relacionais. Muitas vezes, o processo em si não possui prosódia semântica negativa em outros corpora; no corpus desta pesquisa, a categoria que discutimos agora se sustenta mais devido aos participantes apresentarem sentido negativo, em proporção maior que os processos em si. O uso do modal **começar** colocado com palavras de sentido negativo também materializou os relatos de acontecimentos negativos.

#### Orações verbais

##### **Padrão léxico-gramatical**

|                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|
| <b>Dizente + processo verbal + verbiagem de sentido negativo</b> |
|------------------------------------------------------------------|

Quando os pacientes usaram o verbo **DIZER**, foi sempre em terceira pessoa e no passado, e a verbiagem projetada foi sempre de sentido negativo:

274) **Disse** que eu ia morrer.

275) Hora que deu as, hora que o cara, deu alarme, **disse** que é assalto, ele, ele me empurrou no chão.

O verbo **GRITAR** foi colocado com palavras de sentido negativo como capeta e puta, em verbiagens de sentido negativo:

276) Aí eu comecei a gritar: "Pai, o capeta tá me chamando!";

277) Acordei, éh, muito assustada, chorando muito, e ainda **gritando**: "Mãe, por sua, por minha causa a senhora vai ser puta da rua...".

#### Orações materiais

##### **Padrões léxico-gramaticais**

|                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ator em 1ª pessoa do singular + processo material + meta ou extensão de sentido negativo</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quando usaram **FAZER**, principalmente nas formas **fiz** e **faço**, os colocados tiveram, via de regra, conotação negativa (as análises individuais e detalhadas

das orações materiais cujo núcleo é **fazer** encontram-se dispostas na seção anterior, sobre o percurso analítico, nas páginas 109 a 112).

278) Então, eu comecei a vingar, **fiz a revolta**, caí na revolta.

Os verbos **USAR** e **ENVOLVER** foram usados em primeira pessoa e colocados com droga, indicando um hábito essencialmente negativo na vida dos pacientes em questão:

279) Eu **usei droga**...

280) **Envolvi** com... droga!

**Oração de conotação negativa com ator em 3ª pessoa + processo material + beneficiário em 1ª pessoa**

Exemplos de realização:

O verbo **ACONTECER** foi usado sempre com colocados de sentido negativo: o negócio do assalto; caí no chão:

281) Aí veio, aí **aconteceu o negócio do assalto comigo**, com ele.

282) Ó, num sei o quê que **aconteceu** comigo: eu caí no chão...

**MANDAR**: Na terceira pessoa, com o sentido de **atirar**, **jogar**, o verbo foi colocado com me e na parede:

283) Na hora que eu tô passando do lado dela, acendendo um cigarro, ela me manda na parede.

**MATAR**: colocado com me e com tentaram em terceira pessoa, indica, além do relato de um acontecimento negativo, também – uma vez que não fica claro se o fato relatado ocorreu na realidade compartilhada da comunidade de fala ou apenas na realidade subjetiva do paciente – a visão de que o mundo está contra si (categoria 11).

284) Tentaram me matar. O vagabundo lá tá preso.

O verbo **ROUBAR**, usado em terceira pessoa e colocado com me como beneficiário, indica uma ação contrária ao paciente:

285) Eles me, quando tiveram chance eles me roubaram...

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ator + processo material dispositivo + circunstâncias de sentido negativo</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|

Exemplos de realização:

Orações com o verbo **BEBER** em terceira pessoa também apresentam conotação negativa, uma vez que denotam uma convivência da paciente com o alcoolismo:

286) O meu pai **bebe** de segunda a segunda.

O verbo **MORAR** colocado com a circunstância na rua ilustra a condição de vida negativa do paciente em questão:

287) Há vinte e oito anos que eu **moro** na rua...

**VIR** foi usado no passado e em primeira pessoa, acompanhado de circunstâncias negativas, tais como porque tava passando mal; sozinho; atrás; porque tava ruim mesmo:

288) Eu **vim** cá, eu vim pra cá porque eu tava ruim, mesmo.

289) Aí ontem eu **vim** aqui passando mal com minha cunhada, aí parecia que eu...

O verbo **PERDER**, apesar de não se encaixar em nenhuma das estruturas recorrentes mostradas acima, também foi usado para relatar um acontecimento negativo na vida dos pacientes. Na companhia de colocados positivos, indica que os pacientes perderam coisas boas ou necessárias para que levem uma vida normal:

290) Eu **perdi** até o jeito, o jeito de trabalhar.

291) Eu **perdi** o jeito que fala, conversando errado, o jeito...

292) Eu até perdi, **perdi um amor**, sei lá, parece com depressão.

293) Eu **perdi** vinte centímetros do corpo, então as platinas não agüentam o peso.

### Orações mentais

O verbo **DESEJAR** foi usado como processo mental de afeto (do tipo desiderativo) com o colocado negativo mal, indicando um fato mental de conteúdo negativo:

294) **Desejei** mal pra minha prima.

### Orações relacionais

O uso do verbo **ESTAR** com o atributo negativo com o nome no SPC indicou um estado atual desconfortável:

295) Da situação financeira estar brava, **estou** com o nome no SPC e tal, né, e não é bom isso, eu não gosto disso.

### 3.2.6) O relato de sensações inusitadas

Esta categoria foi materializada em orações mentais de percepção. Algumas vezes, sugere algo possível, mas pouco provável no contexto de situação ou no contexto de cultura; em outras, mostra algo impossível na realidade compartilhada da comunidade de fala. A classificação deste tipo de oração como oração mental de percepção e não como oração comportamental foi conflituosa; no entanto, o fator decisivo para a decisão foi o emprego dos tempos verbais não-contínuos. Segundo Halliday & Matthiessen (2004), processos construídos em tais tempos são indicativos de orações mentais.

Padrão léxico-gramatical:

**[Experienciador em 1ª pessoa] + processo mental de percepção + fenômeno que remete ao campo do sobrenatural**

O verbo **CHEIRAR** ocorreu uma única vez no corpus, e para relatar uma sensação que, muito provavelmente, não caberia naquele contexto – que seria, neste caso, um cheiro de algo podre em algo fresco, que havia acabado de ser feito:

- 296) Preparava o mingau, fazia, depois abria todas as mamadeiras, **cheirava** uma por uma e falava que tava tudo azedo, jogava tudo fora, sendo que eu tinha acabado de fazer...

**ENXERGAR** ocorreu no corpus com os colocados um monte de cobra na parede; uma coisa parecida com a forma de um diabo; um carro de polícia passando toda hora, indo e voltando; as coisas, indicando visões pouco factíveis na realidade material:

- 297) Quando eu vim pra cá, eu **enxergava** um monte de cobra na parede.

- 298) Eu **enxergava**, assim, parecido a forma de um diabo, assim, na parede, que eu **enxergo**.

- 299) Ah, mas por quê que eu **enxergo** as coisas?

**ESCUTAR** ocorreu no corpus com colocados como os tambores da tropa; umas vozes; um tanto de vozes, todos eles muito provavelmente tendo sido escutados apenas na realidade mental do falante:

300) **Escuto** umas vozes me chamando, e quando eu vou olhar, num tem ninguém.

**OUVIR** também é colocado com uma voz e com vozes, e igualmente em contextos em que as vozes eram vozes do além. É pouco provável, portanto, que esses sons tenham sido ouvidos de fato:

301) De uma hora pra outra eu comecei a pensar que Deus falava comigo, **ouvia** vozes, via vultos...

O verbo **VER**, em suas diversas formas (VEJO, VIA, VENDO, VI), apareceu no corpus principalmente com colocados pouco factíveis na realidade compartilhada pela comunidade de fala, como vultos; assombração, um tanto de luzinha; a dona que morou lá depois de morta; minha avó que já morreu; os carros vindo atrás de mim; um rádio que aumenta sozinho; minha tropa uniformizada:

302) Eu **vejo** o rádio levantando e aumentando sozinho, parei de ir na minha casa...

303) Todo dia eu **vejo** um trem, eu falo no trem, enxergo um trem, passando mal de alguma coisa.

304) Só da mulher de branco que eu tenho medo, quando eu **vejo** ela.

305) Eu **vejo** assombração, vulto...

### 3.2.7) A preocupação excessiva com se fazerem entender

Esta categoria pôde ser expressa em orações mentais e por algumas orações verbais. Como já mencionado anteriormente, os pacientes parecem intuir que o fato que contam, por normalmente ser indício de delírio ou alucinação, pode não ser aceito pelo interlocutor. Em todos os casos, pelo fato de já lidarem com a doença há mais tempo, os pacientes dão dicas de que já sabem da atribuição de incoerência aos portadores de esquizofrenia, tentando, então, resguardar-se de tal julgamento.

#### Orações mentais

##### **Padrão léxico-gramatical:**

**Oração no modo interrogativo: projeção + [experenciador em 3ª pessoa] + processo mental de cognição**

O verbo **ENTENDER** na terceira pessoa foi muito usado pelos falantes, e é sempre uma pergunta para o psiquiatra – o que pode ser visto como uma preocupação com a coerência, ou um medo de não se fazerem entender – talvez, conforme já mencionado anteriormente, devido ao pressuposto de que os esquizofrênicos são pouco coerentes. **Saber** na terceira pessoa apresentou a mesma configuração, tendo sido já discutido em item anterior (páginas 145 e 146).

306) Ele era meu, eu tinha direito de dirigir ele, **entendeu?**

307) Essa aí, isso é uma nave mãe, **entendeu?**

#### Orações verbais

O verbo **EXPLICAR** foi sempre usado com algum colocado que indica uma possível dificuldade dos pacientes em explicar, ou de se fazerem entender, tais como tentar; num sei; difícil de:

308) Eu num sei **explicar** o quê que é, não.

309) Deixa eu tentar te **explicar**.

### **3.2.8) A dificuldade de lidar com os sentimentos, as emoções e a afetividade**

O discurso dos pacientes apresentou um traço que traduzi como uma dificuldade, ou um embaraço, de lidar com questões de relacionamento. Em algumas vezes, os falantes parecem ter reações emocionais de extrema agressividade, tendendo ao extremismo e ao exagero, que foram refletidas no uso de algum processo, de algum participante ou mesmo de uma circunstância; em outras, eles expressam uma indiferença em situações em que seria normalmente esperado um envolvimento maior. Esta categoria pode ser percebida em orações materiais e, em menor medida, em orações mentais e verbais.

Ressalte-se aqui que, curiosamente, os pacientes manifestaram uma tendência de expressar seus sentimentos por meio de orações materiais ou relacionais, e muito pouco por meio de orações mentais. Possivelmente, tal característica seja indicativa do embotamento do afeto, característica clínica da esquizofrenia descrita em vários manuais (como American Psychiatric Association, 1994). É possível que a expressão de afetividade por meio de orações mentais seja evitada pelos pacientes devido a uma característica imperativa da doença mental.

#### Orações materiais

##### **Padrão léxico-gramatical**

**[Ator em 1ª pessoa do singular] + processo material de conotação negativa + meta em terceira pessoa**

É oportuno ressaltar aqui que o padrão acima descrito foi configurado como tal apenas quando da análise dos verbos usados com menor frequência pelos pacientes. Neste caso, poucas ocorrências individuais de vários verbos com significado semelhante no contexto tiveram importância suficiente para configurar uma categoria. Esta, no entanto, não aparece nos quadros da primeira seção da análise como um padrão, uma vez que esses foram produzidos com base na recorrência de configurações oracionais que tinham como processo apenas os verbos de maior frequência no corpus.

O uso do verbo **BATER** acompanhado por em todo mundo indica um comportamento exagerado e inesperado numa situação emocional adversa:

310) Eu fiquei nervosa, muito nervosa, eu **bato** em todo mundo quando eu tô nervosa...

Verbo **ESTOURAR**: de conotação extremamente negativa, lembrando o discurso bélico (estourar uma bomba), deixa claro o estado de raiva em que o falante se encontra:

311) Agora cê paga sua conta aí enquanto eu **estouro** isso [o escândalo] aí no Brasil inteiro!

**MATAR** foi um verbo muito usado pelos pacientes. No primeiro exemplo, houve uma tentativa real: colocado com tentei e ela, indica que houve uma tentativa de matar a filha, remetendo também à categoria 10 (o relato de atitudes ameaçadoras à própria integridade moral ou física, já que, se tivesse realmente conseguido assassinar a menina, a integridade moral da paciente dificilmente seria reconstruída):

312) Tenho uma menina de seis anos. É, tá com o pai dela, eu tentei **matar** ela (a menina) quatro vezes.

313) Eu tava quase pegando um revólver e indo lá no hospital de Belo Horizonte pra **matar** aquela cara.

314) Me dá até vontade de **matar**.

O verbo **NAMORAR**, colocado com uma vez e um dia só e medo de, indicou uma dificuldade da paciente em lidar com relacionamentos amorosos; no outro exemplo, quando este verbo é colocado com banguela e feia demais, a proposição adquire uma incoerência de sentido: por que motivo o falante teria namorado com uma menina banguela e feia? Diante de uma situação que demandaria um envolvimento afetivo, o falante demonstra uma atitude de indiferença:

315) Eu não tenho namorado, eu **namorei** uma vez, e um dia só.

316) Uma vez, eu tava **namorando** uma menina lá, eu larguei ela. Que essa menina é banguela, feia demais!

317) Fiquei com medo de **namorar**.

O verbo **QUEBRAR**, quando colocado com vou e a cara dele, indica um exagero do paciente na reação emocional a uma situação adversa:

318) Ah, mas eu num vou falar pra aqueles médicos, não, que eu vou quebrar a cara dele!

**REVOLTAR**: o verbo em si indica atitude extremada:

319) Então, então é o seguinte: quando, éh, eu me revoltei, eu me revoltei por causa disso.

#### Orações mentais

O verbo **SENTIR** colocado com ódio na oração ilustrou o estado de ânimo negativo, exaltado, exagerado e agressivo do paciente. Note-se que, mesmo aqui, quando o paciente usa efetivamente um processo mental, ele optou por usar uma forma indireta: sentir ódio, em vez de odiar.

320) O que eu **sinto** por eles é ódio, e o ódio não passa...

**TER VONTADE** (=QUERER): o verbo apareceu no corpus com os colocados dar um murro e estourar o crânio dele, o que indica um comportamento violento e exacerbado, e um desejo de agir agressivamente. Também neste caso, a oração mental foi formulada como oração relacional:

321) O que eu **tenho vontade** agora é de dar um murro na cara daquele padre, estourar o crânio dele, na porrada!

#### Orações verbais

O verbo **CHAMAR** foi usado com a circunstância em revolta, indicando o estado emocional alterado do paciente:

322) Porque quando, quando eu **chamei** minha tropa, eu **chamei** ela em revolta.

### **3.2.9) O relato de acontecimentos inusitados**

Esta categoria pode ser mais facilmente percebida pelo uso de colocações inusitadas, nos vários tipos de orações e, em maior quantidade, em orações materiais de tipo dispositivo. Algumas vezes, da mesma maneira que ocorre na categoria 6 (o relato de sensações inusitadas), sugere algo possível, mas pouco provável no contexto de situação ou no contexto de cultura; em outras, mostra algo impossível no contexto de cultura.

Quando se observam atentamente os exemplos que corporificam esta categoria, percebe-se que os pacientes, aqui, estão usualmente projetando para si uma identidade investida de poder: quando assumem tal identidade, tudo parece ser possível. Até mesmo os atores em terceira pessoa aqui são mostrados como possuidores de um poder do qual não gozam na realidade compartilhada. Tais participantes aparecem no discurso como sempre ligados ao paciente, empoderando-o de alguma maneira. É notável o aparecimento freqüente de personagens famosos realizando o papel de atores no discurso do paciente. Tudo isso parece ser usado pelo paciente de modo a atestar o papel de indivíduo empoderado que assume em sua realidade mental.

#### Orações materiais

#### **Padrão léxico-gramatical**

**[Ator em 1ª ou 3ª pessoa do singular] + processo material dispositivo + [extensão e/ou circunstância], com colocações inusitadas entre as partes**

O verbo **ANDAR**, quando colocado com sozinha e bicicleta, indicou um acontecimento que não se sustenta na realidade compartilhada da comunidade de fala:

323) Eu não precisava nem de pedalar, minha bicicleta tava **andando sozinha**.

O verbo **APARECER**, colocado com ET, sugere um acontecimento pouco provável:

324) Eu ia ligar pras pessoas, dona I, quando **apareceu o ET**.

O verbo **DAR**, colocado com a espada e o meu escudo, sugere um acontecimento muito pouco provável no contexto compartilhado da comunidade de fala:

325) Aí, eu, Deus tava assim, Deus tava assim, eh... Aí me deu a espada e o meu escudo.

**DIMINUIR**: colocado com o ator eu, adquire um caráter pouco factível, já que pessoas não diminuem de tamanho:

326) Eu... Só que eu **diminuí**, cabou, cabou, nem...

**IR** colocado com o ator em primeira pessoa e a circunstância com arma causa estranhamento, uma vez que se sabe que o paciente em questão não está habilitado para portar uma arma, e nem mesmo está trabalhando, uma vez que, de acordo com seu próprio relato, foi aposentado pelo INSS:

327) Eu **vou** para o trabalho com arma.

O verbo **LIGAR**, colocado com Lula e me, é algo que dificilmente aconteceria na vida do falante em questão:

328) Lula. Ele me **ligou**.

O verbo **MANDAR**, quando colocado com Sadam, dinheiro e pra mim, adquiriu seu caráter material (sinônimo de enviar) e ofereceu à oração um aspecto fantástico, já que o paciente não tem sabidamente qualquer relação com o ex-chefe de estado.

329) Teve uma vez que o Sadam **mandou** muito dinheiro pra mim na, aí no Confins...

O verbo **TIRAR**, quando colocado com a ponta e coração, parece estranho, uma vez que coração não pode ter ponta:

330) Não, Jesus me deu o coração, ele foi **tirando** a ponta, lá, a porta é assim, ó.

### Orações relacionais

O verbo **ESTAR**, quando colocado com Chico Xavier e com dentro de mim, indica um ato pouco provável na realidade compartilhada da comunidade de fala.

331) Chico Xavier **teve** dentro de mim, mandou eu fazer tantas coisas, néh, porque...

**TER**, colocado com Jesus e diploma, é uma combinação que dificilmente será vista em outros corpora, uma vez que se sabe que tal afirmação não corresponde à realidade histórica:

332) Jesus **deve ter** o diploma.

### Orações verbais

**PEDIR**: Felipão [na época, técnico da seleção brasileira de futebol] colocado com me pediu pra garantir a Copa é algo também pouco factível: só o fato de ser necessário no mínimo conhecer o técnico para receber tal pedido já restringe o universo de probabilidade da afirmação;

333) O Felipão me **pediu** pra garantir a copa.

### **3.2.10) O relato de ações ameaçadoras à própria integridade (física e moral)**

Esta categoria encontrou substância nas orações materiais. Ela diz respeito a ações praticadas ou intentadas pelos falantes que, se levadas a cabo, podem ter conseqüências desastrosas para a sua vida, como a desmoralização social, a doença ou até mesmo a própria morte. A categoria foi materializada de diferentes maneiras, não sendo possível falar em um padrão único: assim como na categoria 8, ocorrências de menor frequência, mas que desempenham função semelhante no discurso, foram as determinantes para formular esta categoria. Uma das estruturas usadas pelos pacientes para expressar os atos cometidos contra si e contra os outros foi:

#### Padrões léxico-gramaticais

|                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>[Ator em 1ª pessoa] + processo material de sentido negativo + beneficiário realizado por pronome oblíquo em 1ª pessoa ou por substantivo acompanhado por pronome possessivo em 1ª pessoa</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Uma variação desta estrutura é o substantivo acompanhado de pronome possessivo ser formulado como meta, e não como beneficiário. Outra estrutura usada foi:

|                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ator em primeira pessoa + operador de polaridade negativa + processo realizado por verbo do campo da saúde ou dos cuidados pessoais</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Os exemplos abaixo ilustram bem as estruturas descritas:

**AGREDIR**, acompanhado por me, parece indicar uma atitude pouco usual e uma ameaça à integridade da falante.

334) Eu mesmo me **agrido**, nem quando tá queimando, eu num sinto dor, não.

O verbo **ATRAPALHAR**, acompanhado por com eu e minha própria vida, descreve um ato que pode resultar em sérios danos à vida da paciente:

335) Eu vi que, em vez de eu estar ajudando a mim mesmo, eu tava **atrapalhando** minha própria vida.

O verbo **BATER**, acompanhado por pelada e os trens tudo, certamente indica algo que pode trazer conseqüências danosas à vida da paciente:

336) Igual, antes, quando eu comecei a adoecer, eu **batia** as portas tudo, pelada, e **batia** os trens tudo.

O verbo **BEBER**, acompanhado por remédios e tudo de uma vez, demonstra um acontecimento que pode, mesmo, ser fatal para quem o realiza:

337) Queria **beber** os remédios tudo de uma vez. Todos os remédios que existem.

**COMER**: acompanhado por num e tô no primeiro exemplo e com seis pães no segundo, denotando um comportamento extremo e prejudicial à saúde:

338) Eu tô com medo de passar mal porque eu num tô **comendo**, sabe?

339) Eu **comia** seis pães de manhã...

**DAR (UMA FACADA)** = ESFAQUEAR, acompanhado por me, também mostra um acontecimento que pode resultar em morte:

340) Se tiver alguma faca e eu ouvir uma voz falando: "Dá uma facada!", eu pego e me **dou uma facada**.

**TOMAR BANHO e FAZER NADA**: **tomar banho** acompanhado por num e **fazer** acompanhado por nada são expressões de fatos que ameaçam a integridade moral da falante, bem como também expressam a categoria 1 (a inação, uma vez que o falante em questão mostra dificuldades de realizar atos básicas do dia a dia):

341) Só deitava, num **tomava** banho, num **fazia** nada, num comia...

### **3.2.11) O sentimento de que o mundo está contra si e os avalia negativamente**

A categoria mostra, principalmente através das orações materiais – e também, em menor medida, através das orações mentais, com pequena ocorrência de evidência em orações relacionais –, uma espécie de sentimento de perseguição por parte dos pacientes. Convém lembrar que, algumas vezes, o fato narrado nem mesmo aconteceu na realidade compartilhada do contexto de cultura, mas provém de um sentimento do falante de que ele é alvo das piores intenções e atitudes dos outros. Mesmo nos casos em que o fato narrado realmente ocorreu, a idéia dos pacientes de que os outros os têm em muito baixa conta parece ganhar forma em seu discurso.

#### **Orações materiais**

É oportuno lembrar que a estrutura que representa a categoria ora descrita nas orações materiais não aparece no quadro que representa os padrões de uso dos processos materiais porque, à maneira do que ocorreu nas categorias 8 e 10, a estrutura só se revelou freqüente quando da análise individual dos verbos usados com menor freqüência.

**[Ator em 3ª pessoa] + processo material dispositivo de sentido negativo + pronome em primeira pessoa como beneficiário**

Vejamos, abaixo, exemplos que auxiliam na visualização da categoria ora descrita:

O verbo **ACABAR**, colocado com comigo, sinaliza um sentimento, por parte dos pacientes, de que estão sendo sempre alvo da perseguição alheia; a colocação com conseguiram sugere um pensamento de que houve intencionalidade na perseguição:

342) Eles, eles conseguiram **acabar** comigo! Eles conseguiram mesmo!

O verbo **APRONTAR**, colocado com comigo, parece indicar uma proposição subjacente, de que houve intencionalidade dos outros (se o paciente tivesse usado “fazer”, por exemplo, esta idéia não ganharia tanta substância). A oração remete também à categoria 5 (o relato de acontecimentos negativos):

343) Ah, foram algumas aí que **aprontaram** comigo.

O verbo **ATRAPALHAR**, colocado com me, também sugere uma visão dos pacientes de que as pessoas estão contra eles:

344) Fazia tudo pra, pra treinar, eu cheguei a treinar, o padre me **atrapalhou**...

Quando usa o verbo **BRIGAR** colocado com comigo, a falante se coloca, mais uma vez, como alvo das piores atitudes dos outros. Como o relato é de algo negativo, remete também à categoria 5:

345) **Briga** comigo pra pra pra, pra num me dar moradia, nem nada, num dá assistência nem nada.

O verbo **CAPTAR**, colocado com energia e de mim, embasa a suposição de que os pacientes se imaginam sempre como alvo de perseguição por terceiros. Ao mesmo tempo, é também um fato inusitado, uma vez que a colocação é inusitada (categoria 9):

346) Pelejou comigo pra ir lá. Queria **captar** energia de mim. Vê, dona I?

O verbo **CRUCIFICAR**, colocado com só sabem e com ninguém quer ajudar, também sugere uma possível visão de que os outros tomaram para si a perseguição contra o falante como a prioridade de suas vidas:

347) Só sabem **crucificar**! Na hora de, de ajudar, ninguém quer ajudar...

O verbo **ILUDIR**, usado na terceira pessoa e colocado com me, indica também que o paciente se deixou enganar, colocou algo nas mãos de alguém, remetendo também à categoria 2 (dependência dos outros):

348) [o padre] Me **iludiu**, me **iludiu**, me **iludiu**...

O verbo **MAGOAR**, usado pelo paciente na terceira pessoa e acompanhado de me como beneficiário, sugere a visão de que os outros estão contra si. Também é indício da categoria 2, uma vez que mostra uma grande vulnerabilidade:

349) A família minha me **magoa** muito...

O verbo **PEGAR**, colocado com eles e minhas idéias na oração abaixo, foi usado como sinônimo de “roubar”, e também embasa a categoria 5 (relato de acontecimentos negativos):

350) Eles **pegaram** as minhas idéias...

O verbo **PERSEGUIR**, colocado com me e a gente, mostra a visão dos falantes de que todos e tudo são seus perseguidores:

351) Eu já tinha desligado do sistema, porque o sistema era telepático, néh, então me **perseguia** na hora.

352) Gente **perseguindo** a gente pra matar a gente...

Verbo **SUFOCAR**: colocado com eu como beneficiário de uma ação negativa, remete também à categoria 5 (o relato de acontecimentos negativos). Interessante notar que, como o processo se encontra na circunstância de finalidade, ligada a um outro verbo em terceira pessoa (passou), não podemos ter certeza se a finalidade de tais pessoas, se é que pertencem à realidade objetiva, foi realmente sufocar o paciente, ou se esta foi a sua interpretação – um tanto paranóica e persecutória:

353) Mais de dez gente que matou passou pra **sufocar** eu.

**TRAVAR**: colocado com me e todo mundo, o verbo indica, além de uma percepção persecutória dos acontecimentos, também uma visão de que a própria vida do paciente depende de terceiros (categoria 2):

354) Na hora que eu tava descobrindo uns trem, todo mundo me **trava**...

**VIR ATRÁS** e **SEGUIR**: colocados com de mim e me como beneficiário, sugere a visão de que o falante está sempre sendo alvo da perseguição alheia:

355) Eu via os carros **vindo** atrás de mim, me seguia, só que eu num tava sozinha, não.

Já **VIRAR AS COSTAS** foi usado com o sinônimo de abandonar, desprezar, e colocado com me e todo mundo, sugere um sentimento de solidão e abandono:

356) Mas depois disso, todo mundo me virou as costas!

### Orações mentais

Padrão léxico-gramatical:

**[Experienciador em 3ª pessoa] + processo mental + projeção de idéia em forma de oração relacional em 1ª pessoa com atributo/identificador negativo**

O verbo **ACHAR**, usado em terceira pessoa e colocado com que eu tava lelé da cabeça como fenômeno, indica uma idéia, por parte dos pacientes, de que os outros os avaliam negativamente. Interessante atentar para o fato, já descrito na primeira parte desta seção de análise, de que os pacientes tentam se mostrar saudáveis no momento da consulta, num esforço de formular os eventos que demonstram sua doença mental como fatos do passado. Aqui, o paciente claramente mostra este movimento, quando começa a formular a oração no presente e rapidamente a coloca no passado:

357) Doutora, o pessoal **acha**, **achava**, naquela época, que eu tava lelé da cabeça.

O verbo **ACREDITAR**, usado em terceira pessoa e colocado com ninguém e eu sou doida, sugere uma visão, por parte do paciente, de que os outros não o vêem como alguém que inspira credibilidade:

358) Só que eu conto pra todo mundo na minha casa, ninguém acredita, fala que eu sou doida...

**MORRER DE MEDO**: usado como sinônimo de “temer” e colocado com de mim, sugere uma visão de que os outros consideram o falante como possível fonte de um sentimento ruim:

359) Ela agarrou nas pernas dele, e gritava, e dava aqueles gritos, chorando... Parecia que ela tava **morrendo de medo de mim**.

#### Orações relacionais

**SER:** o uso do atributo negativo doidos pra me ver pelas costas indica uma avaliação negativa, por parte dos pacientes, dos sentimentos do outro sobre eles:

360) Os psicólogos daqui **são** doidos pra me ver pelas costas.

Dessa forma, encerro, aqui, o trabalho de análise do corpus. Espero, com isso, ao final desta segunda seção deste capítulo de análise, ter respondido a contento à segunda pergunta de pesquisa, de quais os significados dos padrões léxico-gramaticais do discurso dos pacientes. Tais padrões foram sistematizados ao fim da primeira seção da análise dos dados, e retomados no decorrer da segunda seção, na qual tentei promover um diálogo constante entre estas duas partes do trabalho, num movimento contínuo de análise e síntese, uma sempre levando à outra.

A seguir, apresento sinteticamente as conclusões que puderam ser tiradas a partir do trabalho de análise aqui exposto.

## CONCLUSÕES

Ao final do trabalho de análise, ficam muito claras algumas características do discurso dos pacientes com esquizofrenia colaboradores desta tese. Após tal trabalho, foi possível responder de que maneira os pacientes representam a realidade através de seu discurso.

Esses pacientes, em geral, transparecem uma visão de mundo um tanto negativa. A realidade é vista como algo previamente determinado, e repleta de fatos e acontecimentos negativos.

Neste mundo, os outros são vistos como essencialmente ameaçadores, hostis e perseguidores em potencial. Quando agem no mundo, sua ação é representada como contrária ao paciente: ou eles são alvos de ações destrutivas ou a eles é negada uma ação construtiva. As entidades e lugares que têm existência própria também são vistos por um viés negativo.

Os pacientes representam a si próprios também de maneira essencialmente negativa. As características atribuídas a si próprios são quase sempre negativas, e sua ação no mundo é representada como, de fato, uma inação: mesmo que as ações sejam iniciadas, não chegam de fato a ser concluídas. As ações efetivadas são descritas, em geral, como más ações: ou o paciente faz algo ruim para os outros ou faz algo ruim para si próprio.

Seu comportamento também é apresentado por vezes como um mau comportamento e por vezes como um não-comportamento, uma vez que são descritas por eles várias dificuldades de consecução de ações involuntárias. O paciente com esquizofrenia parece se ver como muito frágil, vulnerável e dependente de outras pessoas, sendo a falta de autonomia um traço patente expresso em seu discurso. A posição em que se coloca é a de obedecer a ordens e pedir favores. EU NÃO POSSO parece ser a oração prototípica que representa sua visão da realidade social. Os pacientes parecem também ter conhecimento – se não formalizado, pelo menos intuitivo ou prático – do seu diagnóstico de portador de esquizofrenia. Sua forte tendência de solicitar ao interlocutor, em vários momentos, um retorno quanto à clareza do seu discurso evidencia uma visão de si mesmos como incoerentes e confusos.

Os pacientes mostraram-se emocionalmente instáveis e propensos a sentimentos negativos. A expressão de afetividade foi restrita mas, quando foi

efetivada, tendeu ao exagero – muitas vezes, refletido em atitudes extremadas em relação aos outros. Sua compreensão parece estar comprometida – o que se reflete na grande quantidade de momentos em que seu discurso é pontuado por “não sei”.

Sua percepção da realidade mostrou-se um tanto singular: freqüentemente, foram relatados pessoas, entidades, fatos e situações que parecem ter uma lógica própria. Este traço corrobora o que foi descrito por Ribeiro (1994) como uma prática atípica de *framing*, em que o discurso é segmentado em vários enquadramentos diferentes – todos com uma lógica própria. Ao contrário do que ocorre em relação à sua posição na realidade social, a lógica de sua ação na sua realidade mental pode ser traduzida como EU POSSO. No limite, esta realidade particular é vista pelos pacientes como o lugar em que TUDO É POSSÍVEL. Nesta realidade delirante, os pacientes projetam para si uma outra identidade, impregnada de PODER. Nela, não há limites para nada. Parece que o paciente vive no delírio a negação de toda a realidade social sombria que norteia sua existência, e da qual ele demonstra ter consciência.

Algumas relações podem ser feitas entre as categorias de análise desta tese e as categorias clínicas da esquizofrenia. A categoria da inação pode ser relacionada ao critério diagnóstico da disfunção social/ocupacional, na medida em que a inatividade parece ser uma consequência social da doença mental que, em casos mais graves, chega a ser incapacitante. O indivíduo tende a apresentar, ao longo do tempo em que convive com a doença, incapacidade para o trabalho, para manter a vida social e para cuidar sozinho de si mesmo. O sintoma da diminuição da atividade voluntária também pode ser ligado à inação, uma vez que a primeira pode, em larga medida, ser a causa da segunda.

A categoria discursiva da dependência também pode ser diretamente relacionada à categoria clínica da disfunção social/ocupacional, à medida que a primeira parece ser uma consequência da segunda. A dependência ou falta de autonomia aconteceria devido ao caráter incapacitante da esquizofrenia.

A categoria da auto-imagem negativa também encontra pontos de ligação com a disfunção social/ocupacional, já que não poder ou não conseguir realizar as ações da maneira esperada provavelmente implica em uma grande

perda de auto-estima, que com toda a certeza será refletida como auto-imagem negativa.

A categoria clínica das alterações na percepção também pode influenciar em alguma medida a auto-percepção. A auto-imagem negativa também está, provavelmente, relacionada à entidade clínica da depressão. Apesar de não ser citada nos manuais como uma característica da esquizofrenia – e portanto não figurar no quadro 1, que sintetiza os sintomas da esquizofrenia descritos pelos manuais de Psicopatologia e de Psiquiatria – a depressão, como foi dito no capítulo de fundamentação teórica, é considerada por muitos dos pesquisadores atuais como parte integral da descompensação esquizofrênica. Dessa forma, a depressão tende a levar quem é por ela acometido a uma visão um tanto negativa de si próprio, dos outros e do mundo.

A categoria discursiva do sofrimento e da visão negativa da vida provavelmente está ligada à entidade clínica da depressão, já que estados depressivos costumam ser caracterizados por um sofrimento intenso. A visão negativa da vida e o conseqüente sofrimento também podem ser decorrentes de alterações na percepção e na orientação, bem como de alterações na afetividade. Também as alucinações ou delírios podem, dependendo da forma que assumem, perturbar os pacientes e levá-los a um estado de grande sofrimento.

A categoria discursiva do relato de fatos e acontecimentos negativos pode também ser apontada como uma conseqüência da depressão. O comportamento desorganizado ou catatônico e as alterações na percepção, nas orientações e na afetividade podem ser fontes de episódios desagradáveis que tendem a ser relatados posteriormente como acontecimentos negativos – daí a relação que faço aqui entre as categorias.

A categoria discursiva do relato de sensações inusitadas está evidentemente relacionada à categoria clínica das alucinações. Em menor grau, é possível que se relacione também com as características das alterações na percepção e na orientação.

A categoria discursiva da preocupação excessiva com se fazerem entender pode ser relacionada ao sintoma clínico do discurso desorganizado, uma vez que a primeira parece ser uma conseqüência do reconhecimento da segunda. Também as alterações no ritmo e no tom da fala, as alterações na

percepção, o comportamento desorganizado ou catatônico, a compulsão a pensar, a alogia, as alterações dos conceitos e das relações conceituais, as alucinações e os delírios podem estar relacionados à preocupação com a coerência, nos casos em que o paciente tem a consciência de que os sintomas acima citados são possíveis causas de discurso incoerente ou ilógico.

A categoria da dificuldade de lidar com os sentimentos, as emoções e a afetividade está, muito provavelmente, relacionada às alterações na afetividade, tanto no que tange ao embotamento tanto no que concerne à inadequação do afeto. É possível, também, que, dependendo do conteúdo do delírio apresentado, este possa influenciar a maneira de o paciente se relacionar com os outros – principalmente se a pessoa em questão for personagem de um delírio de conteúdo negativo. A diminuição da atividade voluntária também pode ser ligada à categoria aqui descrita, já que pode refletir-se em uma diminuição do desejo de proximidade com os outros e de convivência social – o que poderia resultar em uma irritação frente às demandas de interação afetivo-sociais. Por último, a disfunção social/ocupacional relaciona-se com a categoria descrita na medida em que esta parece ser uma das expressões da faceta social daquela.

A categoria do relato de acontecimentos inusitados está relacionada, muito provavelmente, à categoria clínica dos delírios, já que a lógica destes, como discutido acima, é a lógica da possibilidade. No mundo dos delírios, tudo é possível: até mesmo os fatos, existências, acontecimentos, relacionamentos, comportamentos e relatos mais bizarros são possíveis na realidade mental dos pacientes com esquizofrenia que apresentam quadros delirantes.

O relato de ações ameaçadoras à própria integridade parece estar relacionado diretamente à categoria clínica dos delírios e das alucinações, já que, nestes, pode haver a presença de personagens ou entidades que ordenam ao paciente que cometam tais atos. Também as alterações na percepção e na orientação podem, em alguma medida, estar relacionados à categoria ora descrita, uma vez que podem resultar em uma visão distorcida da realidade e em erros de interpretação e dimensionamento de toda ordem. A compulsão a pensar também, em casos extremos, poderia ser citada como um fator que poderia resultar em raciocínios intrincados e complexos, que

poderiam, por sua vez, culminar em decisões que colocam em risco a própria integridade.

Por fim, a categoria do sentimento de que os outros os avaliam negativamente pode ser relacionada, mais uma vez, ao tipo de delírio apresentado pelos pacientes: no contexto delirante, as pessoas podem apresentar-se como realmente em tudo contrárias a eles – como acontece em delírios de perseguição, por exemplo. As alterações na percepção também podem levar a interpretações errôneas das intenções e das atitudes dos interlocutores. Também a depressão e as alterações na afetividade podem ser, em alguma medida, responsáveis por tal quadro, já que é sabido que o estado de ânimo influencia em larga medida as interpretações que são feitas a respeito da realidade – nela incluídas as pessoas que se relacionam conosco, cujas ações tenderiam a ser vistas negativamente pelos pacientes com esquizofrenia.

Ficou claro até o momento que as alucinações e delírios são sinalizados pela linguagem dos falantes com esquizofrenia, mas não são estes os traços que mais chamam a atenção do analista do discurso: a característica principal é seu colorido sombrio, que incomoda e causa no leitor uma sensação de opressão, de vazio. Para os falantes com esquizofrenia, as coisas são como são, são determinadas pelos outros e são seguidas como se fossem dados. Parece estar configurado um mundo sem saída, que os assujeita e subjuga. Não por acaso: o prognóstico da esquizofrenia é mesmo muito ruim, segundo os manuais de psiquiatria.

As relações entre linguagem e pensamento foram alvo de questionamento em muitos momentos. No entanto, após ter resenhado a bibliografia usada nesta pesquisa para responder a essa questão, concluí, corroborando Fine (2006) e Rochester & Martin (1979), que as categorias lingüísticas são de fato evidências para os sistemas cognitivo e emocional que são afetados nas desordens psiquiátricas. Obviamente, a função interpessoal da linguagem não pode, em hipótese alguma, ser negligenciada: é claro que há limitações e imperativos sociais que, a todo momento, impedem ou, pelo menos, limitam o falante de falar o que ele gostaria de falar ou como ele gostaria de abordar o tema. É claro que tais imperativos trazem conseqüências no uso da metafunção ideacional e dos seus significados subjacentes. No

entanto, sabe-se que, em uma situação de entrevista psiquiátrica, os profissionais que a conduzem são experientes em quebrar a resistência dos pacientes, levando-os a, em algum momento, falar o que realmente pensam sobre os assuntos abordados. Muitas vezes, a própria resistência ou reticência do falante em falar sobre determinados tópicos é ela própria indicativa de aspectos importantes que dizem respeito à sua visão da realidade e de como ele deve nela se posicionar como sujeito. A consulta psiquiátrica soa, muitas vezes, simpática aos pacientes – principalmente quando não é a primeira consulta – pela possibilidade de falarem de maneira razoavelmente à vontade sobre suas questões, e por saberem que o que falam é alvo de atenção e respeito daqueles profissionais. Por estes motivos, acredito que o contexto da entrevista psiquiátrica foi, de fato, o mais adequado para a coleta do corpus de uma pesquisa que se propõe a investigar a representação da realidade pela via da linguagem.

Neste ponto do trabalho, conclui-se que se deve parar de olhar a esquizofrenia como sinônima de diferença. Ela só pode ser definida como construto clínico se estiverem presentes as realizações (verbais e não-verbais) de várias categorias diagnósticas, várias delas não sendo exclusivas da esquizofrenia. Para ser considerado esquizofrênico, o falante não precisa ser tão diferente assim, como mostraram os dados: muitas categorias semântico-discursivas são também provavelmente encontradas no discurso dito “normal”. Apesar de um estudo comparativo não ter sido feito nesse trabalho, podemos identificar instâncias do discurso analisado com nosso próprio discurso. No entanto, a combinação de categorias, que isoladamente não bastam para identificar um esquizofrênico como tal, faz a originalidade de seu discurso.

Um ponto que precisa ser mencionado é o da validade de se estar trabalhando com falantes com esquizofrenia não portadores de desordens do pensamento. Segundo Harrow & Quinlan (1977), a desordem do pensamento é manifesta em todos as psicoses nas fases agudas – não sendo, portanto, peculiar à esquizofrenia. Assim, de acordo com estes autores, a pesquisa sobre o discurso dos não portadores de desordens do pensamento seria a mais indicada quando a pesquisa deseja focar a esquizofrenia – caso desta pesquisa.

Rochester & Martin encontraram em seu corpus de pesquisa apenas três neologismos e quase nenhuma evidência de uso desviante de estruturas gramaticais formais, o que os fez afirmar que é muito improvável que os falantes com esquizofrenia sofram de afasia, mesmo que temporal ou episódica. Os dados desta tese corroboram os achados dos autores, uma vez que também não encontrou evidências de afasia. Os autores levantam a hipótese de que os portadores de esquizofrenia podem ter algum problema ocasional de codificar sua fala no nível do discurso, mas não no nível da expressão nem no nível das formas gramaticais. De acordo com estes autores, tais dificuldades variam em função das demandas cognitivas e interpessoais ligadas aos vários contextos de situação em que ocorre a interação. Cohen (1978) também ratifica tais evidências, quando afirma que, por mais desorganizado que o esquizofrênico possa soar, sua fala raramente inclui (se inclui) instâncias extremas de uso gramatical desviante.

Assim, conclui-se que o discurso dos pacientes apresenta duas lógicas e duas instâncias diferentes: a da impossibilidade e a do poder. Tal dado merece ser considerado por pesquisas futuras, uma vez que apresenta inúmeras possibilidades de investigação, com resultados promissores para a descrição da esquizofrenia e do discurso de seus portadores.

Conclui-se, por fim, que foi possível, por meio de uma análise lingüística centrada na transitividade, conhecer como o falante com esquizofrenia age no mundo, quais suas idéias a respeito de si mesmo e dos outros, sobre o que fala, como se comporta e o que sente. Ou seja, é possível, pelo sistema da transitividade, saber como o falante com esquizofrenia representa idéias e experiências – como é a sua idéia da realidade, ou qual é a realidade de seu discurso.

## REFERÊNCIAS

- AIT BENTALEB, L, STIP E., BEAUREGARD, M. (2003). Traitement cognitif du contenu verbal hallucine: tâche de décision lexicale. *L'Évolution Psychiatrique*. Amsterdam, 68, 371-380.
- ALVIM, C. F. (1971). *Vocabulário de Termos Psicológicos e Psiquiátricos*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial.
- ALVIM, D. F. (1957). *Lógica*. São Paulo: Gráfica Saraiva.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> edn. Washington, D.C.:American Psychiatric Association Press.
- ANDREASEN, N. C. (1979). Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Archives of General Psychiatry*. Chicago, v. 36, p.1315-1321.
- ATKINS, S.; CLEAR, J. & OSTLER, N. (1992). Corpus Design Criteria. *Literary and Linguistic Computing*. Oxford, Vol. 7, N° 1.
- BAKHTIN, M. (2003). Os gêneros do discurso. In: *Estética da Criação Verbal*. São Paulo: Martins Fontes (4<sup>a</sup> ed.).
- BALLONE, GJ (2005). *Depressão na Esquizofrenia*. In. PsiqWeb, Internet, disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br).
- BATESON, G. (1981). A Theory of Play and Fantasy. In: *Steps to an Ecology of Mind*, 177-93. New York: Chandler.
- BERBER SARDINHA, A. P. (2004). *Linguística de Corpus*. Barueri, SP: Manole.
- BERBER SARDINHA, A. P. (2000). Linguística de Corpus: Histórico e Problemática. *Revista de Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada*. São Paulo, v.16, n.2, p.323-367. Disponível na Internet no endereço [www.corpus.f2.com/tony.pdf](http://www.corpus.f2.com/tony.pdf).
- BERBER SARDINHA, A. P. (2000b). Prosódia semântica na tradução do português e inglês: Um estudo baseado em corpus. In *PROPOR 2000, V PROPOR - Encontro para o Processamento Computacional da Língua Portuguesa Falada e Escrita*, Atibaia, São Paulo, 2000, 93-104 São Carlos, SP: ICMC/USP. Disponível na Internet no endereço [www.corpus.f2.com/tony.pdf](http://www.corpus.f2.com/tony.pdf)
- BIBER, D.; CONRAD, S.; REPPEN, R. (1998). *Corpus Linguistics: investigating language structure and use*. 2nd edition. Cambridge: Cambridge University Press.

BLEULER, E. (1950). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. Tradução de Zinkin J. New York: International University Press.

BLEULER, E. (1924). *Tratado de psiquiatria*. Tradução de José de Villaverde. Madrid: Calpe.

BLUMENTHAL, A. L. (1970). *Language & Psychology: Historical aspects of psycholinguistics*. New York: John Wiley & Sons.

BROWN, R. (1973). Schizophrenia, language and reality. *American Psychologist*. Washington, 28, 395-403.

BUMKE, O. (1946). *Nuevo Tratado de las Enfermedades Mentales*. Barcelona: F. Seix.

CAPLAN, R. (1996). Discourse deficits in childhood schizophrenia. In BEITCHMAN, J.H., COHEN, N. J., KONSTANTAREAS M. M. and TANNOCK, R. (eds.) *Language, Learning and Behavior Disorders: developmental, biological, and clinical perspectives*. 156-77. Cambridge: Cambridge University Press. Disponível em <http://books.google.com.br/books?id=p6oMOaOom1sC>. Acessado em 06 de junho de 2008.

CHAIKA, E. (1974). A linguist looks at "schizophrenic" language. *Brain and Language*. Oxford 1, 257-76.

CHAIKA, E. & LAMBE, R. (1985). The locus of dysfunction in schizophrenic speech. *Schizophrenia Bulletin*. Oxford, 11, 8-15.

CHAPMAN, L. J. & CHAPMAN, J. P. (1973). *Disordered thought in schizophrenia*. New York: Appleton-Century-Crofts.

CHENIAUX, E. (2005). Psicopatologia descritiva: existe uma linguagem comum? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 27(2):157-62.

CID-10 - CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (1994) – 10ª revisão. Organização Mundial de Saúde. Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças, em Português. São Paulo: EDUSP, vol. 1.

COHEN, B. D. (1978). Referent communication disturbances in schizophrenia. In SCWARTZ, S. (Ed.). *Language and cognition in schizophrenia*. New York: Erlbaum.

DELGADO, H. (1969) *Curso de Psiquiatria*. 5ª ed. Barcelona: Científico-Médica.

DELISI, L. E. (2001). Speech disorders in schizophrenia: Review of the

literature and exploration of its relation to the uniquely human capacity for language. *Schizophrenia Bulletin*. Oxford, 27, 481-496.

DOCHERTY, J.P., VAN KAMMEN, D.P., SIRIS, S.G., MARDER, S.R. (1978). Stages of onset of schizophrenic psychosis. *Am J Psychiatry* 135(4):420-426.

EGGINS, S. (1994). *An Introduction to Systemic Functional Linguistics*. Pinter Publishers, London.

FINE, J. (2006). *Language in Psychiatry: a handbook of clinical practice*. London: Equinox.

FINE, J. (1994). *How language works: Cohesion in normal and nonstandard communication*. Norwood, N.J.: Ablex.

FIRTH, J.R. (1935). The technique of semantics. *Transactions of the Philological Society*. Oxford, 34, p. 36-72.

FOUCAULT, M. (1972) *História da Loucura na Idade Clássica*. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva.

FRITH, C. D. (1995). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove, U.K.: Erlbaum.

FRÖBES, J. (1950). *Tratado de Psicología Empírica y Experimental*. Volumes 1-2. 4ª edição. Madri: Editorial Razon y Fé.

FROMKIN, V. A. (1975). A linguist looks at "A linguist looks at 'schizophrenic language'." *Brain and Language*. Oxford, 2, 498-503.

GOFFMAN, E. (1981). Footing. In: *Forms of Talk*, 124-59. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

GOFFMAN, E. (1974). *Frame Analysis*. New York: Harper & Row.

GREEN, M.F.; NUECHTERLEIN, KH; VENTURA J.; MINTZ, J. (1990). The temporal relationship between depressive and psychotic symptoms in recent-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 147:179-182.

GUMPERZ (1982). *Discourse Strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.

HALLIDAY, M.A.K. (1994). *An Introduction to Functional Grammar*. 2<sup>nd</sup> edition. London: E. Arnold.

HALLIDAY, M.A.K. (1992). Some lexicogrammatical features of the zero population growth texts. In MANN, W. C. & THOMPSON, S. A. (eds). *Discourse Description: diverse linguistic analyses of a fund-raising text*. Amsterdam: John Benjamim.

HALLIDAY, M. A. K. & HASAN, R. (1976). *Cohesion in English*. London: Longman.

HALLIDAY, M. A. K. & HASAN, R. (1989). *Language, Context, and Text: Aspects of Language in a Social-Semiotic Perspective*. Oxford: Oxford University Press.

HALLIDAY, M.A.K. & MATTHIESSEN, C. M. I. M. (2004). *An Introduction to Functional Grammar*. London: Edward Arnold.

HARROW, M. & QUINLAN, D. (1977). Is disordered thinking unique to schizophrenia? *Archives of General Psychiatry*, 34 (1), 15-21.

HERZ, M.I.; MELVILLE, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 137(7):801-805.

HUGHLINGS-JACKSON, J. (1931). *Selected writings of John Hughlings-Jackson*. Edited by James Taylor (1859-1946). London: Hodder & Stoughton.

HUNSTON, S; FRANCIS, G. (2000). *Pattern grammar: a corpus-driven approach to the lexical grammar of English*. Amsterdã/Filadélfia: John Benjamins.

JASPERS, K. (2000). *Psicopatologia Geral*. 8ª edição. São Paulo: Atheneu. Título Original: Allgemeine Psychopathologie.

JOHNSON, D. (1988). The significance of depression in the prediction of relapse in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 152:320-323

KENNEDY, G. (1998). *An Introduction to Corpus Linguistics*. 2nd impression. London: Longman.

KRAEPELIN, E. (1907). *Trattato di Psichiatria*. Milano: Vallardi.

LEVINSON, S (1983). *Pragmatics*. New York: Cambridge University Press.

LIMA-LOPES, R. (2001). *Estudos de transitividade em língua portuguesa: o perfil do gênero cartas de venda*. Dissertação de mestrado inédita. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MAHER, B. A. (1972). The language of schizophrenia: A review. *British Journal of Psychiatry*. London: 120, 3-17.

MALINOWSKI, B. (2000). The Problem of Meaning in Primitive Languages. In: BURKE, L; CROWLEY, T & GIRVIN, A. (eds.). *The Routledge Language & Cultural Theory Reader*. London: Routledge.

MARTIN, J. R. (1992). *English Text: system and structure*. Philadelphia: Benjamins.

MARTIN, J. R. & ROSE, D. (2007). *Genre Relations: mapping culture*. London: Equinox.

MARTIN, J. R.; MATTHIESSEN, C. M. I. M.; PAINTER, C. (1997). *Working with Functional Grammar*. London: Arnold.

MATTHIESSEN, C. M. I. M. (1999). The system of transitivity: an exploratory text-based profile. *Functions of language*, 6(1):1-51.

MEILIJSON et al. (2004). Language Performance in Chronic Schizophrenia: A Pragmatic Approach. *Journal of speech, language, and hearing research*. Rockville, 47: 695.

MONAGHAN, J. (1979). *The Neo-Firthian Tradition and its Contribution to General Linguistics*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.

MORICE, R. D. & INGRAM, J. C. L. (1983). Language complexity and age of onset of schizophrenia. *Psychiatry Research*, Amsterdam, 9, 233-242.

MORICE, R. D., & McNICOL, D. (1986). Language changes in schizophrenia: A limited replication. *Schizophrenia Bulletin*. Oxford, 12, 239 251.

NEWCOMER, J. W.; FAUSTMAN, W.O.; YEH, W.; CSERNANSKY, J.G. (1990). Distinguishing depression and negative symptoms in unmedicated patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 31:243-250.

PAIM, I. (1976). *Curso de Psicopatologia*. 3ª edição. São Paulo: Grijalbo.

PEDRO, E. R. (org.) (1997). *Análise Crítica do Discurso – Uma perspectiva sociopolítica e funcional*. Lisboa: Editorial Caminho.

PINEL, P. (1976). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. New York: Arno Press.

RENNA, M. (2003). *Dicionário Psíchnet*. Desenvolvido por Pensa Digital LTDA. Disponível em <http://www.psicnet.psc.br/dicionario/detalhes.asp?ID=142>. Acessado em 6 de junho de 2008.

RIBEIRO, B. T. (1994). *Coherence in psychotic discourse*. New York: Oxford University Press.

ROCHESTER, S. R.; MARTIN, J. R.; THURSTON, S. (1977). Thought-process disorder in schizophrenia: The listener's task. Oxford: *Brain and Language*, 4, 95-114.

ROCHESTER, S. R., & MARTIN, J. R. (1979). *Crazy talk: A study of the discourse of schizophrenic speakers*. New York: Plenum.

SANCHEZ, A. (1995). Definicion e historia de los Corpus. In: SANCHEZ, A *et al.* (Org.). *CUMBRE – Corpus Lingüístico de Español Contemporaneo*. Madrid: SGEL.

SCHIFFRIN, D. (1989). Conversational Analysis. In: Newmeyer, F. J. (ed.) *Linguistics: The Cambridge Survey*. Vol. 4. *Language: The Socio-cultural Context*, 251-76. Cambridge: Cambridge University Press.

SCHNEIDER, K. (1978). *Psicopatologia clínica*. São Paulo: Mestre Jou.

SCOTT, M. (2004). *WordSmith Tools Version 4*. Oxford: Oxford University Press.

SCOTT, M. (2001). Comparing corpora and identifying key words, collocations, frequency distributions through the WordSmith Tools suite of computer programs. In: GHADESSY, M. *et al.* (Ed.) *Small corpus studies and ELT*. Amsterdam: John Benjamins.

SHIMAZUMI, M. (1996). *The Knower and the Informant in institutional talk: A transitivity perspective*. Dissertação de mestrado inédita. Liverpool: University of Liverpool.

SINCLAIR, J. McH. (1995). From theory to practice. In: LEECH, G.; MYERS, G; THOMAS J. *Spoken English on computer: transcription, mark-up and application*. Londres: Longman.

STUBBS, M. (1996). *Text and Corpus Analysis*. Cambridge, Massachussets: Blackwell Publishers.

SULLIVAN, H. (1954). *The Psychiatric Interview*. New York: Norton.

SWALES, J. (1990). *Genre Analysis: English in Academic and Research Settings*. Cambridge: Cambridge University Press.

THE AMERICAN HERITAGE DICTIONARY OF THE ENGLISH LANGUAGE (2000). 4th ed. Boston: Houghton Mifflin.

THOMPSON, G. (2004). *Introducing Functional Grammar*. (2<sup>nd</sup> edition). London: Arnold.

VOLOSHINOV, V.N. (1973). *Marxism and the philosophy of language*. New York: Academic.

WATSON, J.B. (1913). Psychology as the Behaviorist Views it. *Psychological Review*. Washington, 20, 158-178.

## **ANEXOS**

### **Listas de números e tipos de processos encontrados no corpus**

| <b>Materiais</b> | <b>Total = 2117</b> |
|------------------|---------------------|
| Abençoar         | 2                   |
| Abrir            | 12                  |
| Acabar           | 11                  |
| Acarretar        | 2                   |
| Acender          | 2                   |
| Acertar          | 1                   |
| Achar            | 7                   |
| Acionar          | 2                   |
| Acompanhar       | 6                   |
| Acontecer        | 51                  |
| Adiantar         | 3                   |
| Afastar          | 1                   |
| Afundar          | 1                   |
| Agarrar          | 1                   |
| Agredir          | 1                   |
| Agüentar         | 8                   |
| Ajudar           | 29                  |
| Almoçar          | 1                   |
| Amarrar          | 3                   |
| Amolar           | 1                   |
| Andar            | 33                  |
| Anotar           | 2                   |
| Aparecer         | 8                   |
| Apear            | 1                   |
| Aposentar        | 1                   |
| Apresentar       | 1                   |
| Aprontar         | 2                   |
| Aproveitar       | 5                   |
| Armar            | 1                   |
| Arrancar         | 6                   |
| Arrasar          | 1                   |
| Arrebentar       | 1                   |
| Arrumar          | 11                  |
| Assinar          | 5                   |
| Assumir          | 3                   |
| Atacar           | 1                   |
| Atender          | 1                   |
| Atirar           | 7                   |
| Atormentar       | 2                   |
| Atrapalhar       | 6                   |
| Aumentar         | 3                   |
| Autorizar        | 3                   |
| Bagunçar         | 1                   |
| Baixar           | 1                   |
| Balançar         | 4                   |
| Bater            | 22                  |
| Beber            | 12                  |
| Beijar           | 1                   |
| Beliscar         | 2                   |
| Beneficiar       | 1                   |
| Bordar           | 1                   |
| Botar            | 3                   |

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Brigar                        | 8  |
| Brincar                       | 14 |
| Buzinar                       | 4  |
| Caber                         | 1  |
| Caçar                         | 1  |
| Cair                          | 16 |
| Caminhar                      | 2  |
| Captar                        | 1  |
| Casar                         | 7  |
| Causar                        | 1  |
| Chamar (a atenção) = corrigir | 1  |
| Chegar                        | 41 |
| Chocar                        | 1  |
| Cobrar                        | 9  |
| Colocar                       | 18 |
| Comandar                      | 1  |
| Comer                         | 12 |
| Cometer                       | 2  |
| Completar                     | 1  |
| Complicar                     | 3  |
| Comprar                       | 10 |
| Concorrer                     | 1  |
| Confirmar                     | 1  |
| Consertar                     | 1  |
| Consumir                      | 2  |
| Contar                        | 3  |
| Continuar                     | 5  |
| Contornar                     | 1  |
| Controlar                     | 1  |
| Coordenar                     | 1  |
| Correr                        | 3  |
| Corrigir                      | 4  |
| Cortar                        | 4  |
| Cozinhar                      | 1  |
| Crescer                       | 1  |
| Crucificar                    | 4  |
| Cuidar                        | 3  |
| Curar                         | 1  |
| Curtir                        | 1  |
| Cutucar                       | 1  |
| Dar                           | 82 |
| Defender                      | 1  |
| Deitar                        | 9  |
| Deixar                        | 14 |
| Demorar                       | 1  |
| Depender                      | 2  |
| Derrubar                      | 2  |
| Desabrochar                   | 1  |
| Descer                        | 9  |
| Descobrir                     | 10 |
| Desenhar                      | 11 |
| Desenvolver                   | 1  |
| Desobedecer                   | 2  |

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| Destratar                 | 1   |
| Destruir                  | 3   |
| Dever                     | 1   |
| Diminuir                  | 1   |
| Dirigir                   | 3   |
| Disparar                  | 2   |
| Dispensar                 | 1   |
| Divertir                  | 2   |
| Dividir                   | 1   |
| Doar                      | 1   |
| Emprestar                 | 1   |
| Empurrar                  | 3   |
| Encher                    | 1   |
| Encontrar                 | 1   |
| Enfiar                    | 1   |
| Enforçar                  | 1   |
| Enfrentar                 | 1   |
| Enganar                   | 1   |
| Engravidar                | 1   |
| Enrolar                   | 1   |
| Entrar                    | 24  |
| Entregar                  | 8   |
| Enviar                    | 1   |
| Envolver                  | 6   |
| Errar                     | 1   |
| Esbanjar                  | 1   |
| Escolher                  | 3   |
| Esconder                  | 1   |
| Escovar                   | 1   |
| Escrever                  | 4   |
| Escutar (deliberadamente) | 2   |
| Esguichar                 | 1   |
| Esperar                   | 6   |
| Estirar                   | 1   |
| Estourar                  | 1   |
| Evitar                    | 2   |
| Experimentar              | 1   |
| Explodir                  | 3   |
| Fazer                     | 231 |
| Fechar                    | 3   |
| Ferir                     | 1   |
| Flutuar                   | 1   |
| Folgar                    | 1   |
| Formar                    | 3   |
| Fugir                     | 1   |
| Fumar                     | 13  |
| Ganhar                    | 15  |
| Gastar                    | 1   |
| Gravar                    | 3   |
| Guardar                   | 5   |
| Haver                     | 1   |
| Humilhar                  | 4   |
| Iludir                    | 4   |

|             |     |
|-------------|-----|
| Incluir     | 1   |
| Incomodar   | 1   |
| Indenizar   | 2   |
| Infiltrar   | 1   |
| Influenciar | 1   |
| Injetar     | 1   |
| Inspirar    | 2   |
| Interceder  | 1   |
| Internar    | 2   |
| Investigar  | 7   |
| Ir          | 162 |
| Jogar       | 16  |
| Juntar      | 1   |
| Lambuzar    | 1   |
| Largar      | 7   |
| Lavar       | 2   |
| Ler         | 7   |
| Levantar    | 7   |
| Levar       | 34  |
| Liberar     | 3   |
| Ligar       | 12  |
| Limpar      | 2   |
| Localizar   | 2   |
| Lutar       | 9   |
| Machucar    | 3   |
| Magoar      | 1   |
| Maltratar   | 1   |
| Mandar      | 10  |
| Marcar      | 1   |
| Marchar     | 2   |
| Matar       | 31  |
| Melhorar    | 2   |
| Meter       | 2   |
| Mexer       | 28  |
| Misturar    | 5   |
| Modificar   | 1   |
| Montar      | 2   |
| Morar       | 21  |
| Morrer      | 50  |
| Mostrar     | 6   |
| Mudar       | 2   |
| Nadar       | 1   |
| Namorar     | 11  |
| Nascer      | 6   |
| Olhar       | 8   |
| Organizar   | 1   |
| Pagar       | 5   |
| Parar       | 15  |
| Participar  | 2   |
| Passar      | 71  |
| Passear     | 2   |
| Pedalar     | 1   |
| Pedir       | 2   |

|              |    |
|--------------|----|
| Pegar        | 28 |
| Pelejar      | 2  |
| Pentear      | 1  |
| Perder       | 8  |
| Perseguir    | 3  |
| Pesar        | 1  |
| Pesquisar    | 1  |
| Pintar       | 1  |
| Plantar      | 1  |
| Pôr          | 13 |
| Precisar     | 6  |
| Preencher    | 1  |
| Pregar       | 1  |
| Prejudicar   | 4  |
| Prender      | 6  |
| Preparar     | 4  |
| Procurar     | 11 |
| Progredir    | 1  |
| Prosseguir   | 1  |
| Proteger     | 2  |
| Pular        | 7  |
| Puxar        | 4  |
| Quebrar      | 6  |
| Queimar      | 5  |
| Rachar       | 3  |
| Rapar        | 3  |
| Receber      | 6  |
| Recusar      | 1  |
| Reencarnar   | 1  |
| Reerguer     | 1  |
| Refazer      | 2  |
| Reformar     | 1  |
| Reproduzir   | 1  |
| Reprontar    | 1  |
| Resgatar     | 1  |
| Resolver     | 3  |
| Restar       | 1  |
| Restaurar    | 1  |
| Retirar      | 1  |
| Retornar     | 2  |
| Revoltar     | 2  |
| Revolucionar | 1  |
| Rodar        | 3  |
| Rodear       | 1  |
| Rolar        | 1  |
| Roubar       | 5  |
| Sair         | 46 |
| Sangrar      | 1  |
| Seguir       | 7  |
| Segurar      | 3  |
| Sentar       | 3  |
| Separar      | 8  |
| Servir       | 4  |

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| Simbolizar                                               | 1  |
| Soltar                                                   | 2  |
| Subir                                                    | 15 |
| Sufocar                                                  | 2  |
| Suicidar                                                 | 3  |
| Sumir                                                    | 2  |
| Superar                                                  | 1  |
| Sustentar                                                | 1  |
| Tacar                                                    | 3  |
| Teimar                                                   | 2  |
| Telefonar                                                | 2  |
| Tentar                                                   | 4  |
| Ter (no sentido de obter ou de receber), ou de acontecer | 4  |
| Terminar                                                 | 1  |
| Tirar                                                    | 30 |
| Tocar                                                    | 7  |
| Tomar                                                    | 45 |
| Trabalhar                                                | 27 |
| Trair                                                    | 2  |
| Tratar                                                   | 6  |
| Travar                                                   | 2  |
| Trazer                                                   | 12 |
| Treinar                                                  | 10 |
| Trocar                                                   | 2  |
| Usar                                                     | 13 |
| Vazar                                                    | 1  |
| Vencer                                                   | 1  |
| Vender                                                   | 4  |
| Vingar                                                   | 2  |
| Vir                                                      | 42 |
| Virar                                                    | 5  |
| Visitar                                                  | 4  |
| Viver                                                    | 8  |
| Voar                                                     | 2  |
| Voltar                                                   | 23 |

| <b>Mentais</b>                    | <b>Total = 658</b> |
|-----------------------------------|--------------------|
| Achar                             | 23                 |
| Acreditar                         | 14                 |
| Afrouxar (o coração)              | 1                  |
| Apertar (o coração)               | 2                  |
| Aprender                          | 1                  |
| Arrepende                         | 1                  |
| Cheirar                           | 1                  |
| Cismar                            | 1                  |
| Colocar                           | 1                  |
| Confiar                           | 1                  |
| Conhecer                          | 23                 |
| Dar (pena)                        | 1                  |
| Decidir                           | 2                  |
| Decifrar                          | 2                  |
| Desejar                           | 1                  |
| Desistir                          | 1                  |
| Desligar (de Deus); (do mundo)    | 2                  |
| Duvidar                           | 2                  |
| Endoidar                          | 2                  |
| Enlouquecer                       | 1                  |
| Entender                          | 80                 |
| Enxergar                          | 11                 |
| Esquecer                          | 5                  |
| Esquentar (a cabeça)              | 2                  |
| Estudar                           | 3                  |
| Expandir (o negócio na cabeça)    | 1                  |
| Flagrar                           | 1                  |
| Gostar                            | 47                 |
| Gravar (na cabeça)                | 1                  |
| Guardar (na memória)              | 1                  |
| Imaginar                          | 3                  |
| Lembrar                           | 18                 |
| Levantar (do pensamento negativo) | 1                  |
| Ligar                             | 1                  |
| Meditar                           | 1                  |
| Notar                             | 1                  |
| Ouvir                             | 5                  |
| Parecer                           | 21                 |
| Pensar                            | 32                 |
| Perceber                          | 2                  |
| Perder (o carinho)                | 1                  |
| Perdoar                           | 2                  |
| Prestar (atenção)                 | 1                  |
| Pretender                         | 4                  |
| Querer                            | 37                 |
| Receber (mensagem telepática)     | 1                  |
| Resolver                          | 2                  |
| Responder (dentro do pensamento)  | 1                  |
| Rezar                             | 1                  |
| Saber                             | 238                |
| Sentir                            | 9                  |
| Simpatizar                        | 1                  |

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Supor                         | 1  |
| Ter (idéia) = pensar          | 1  |
| Tomar                         | 2  |
| Ver                           | 12 |
| Vir (à cabeça)                | 2  |
| Visar (no sentido de avistar) | 1  |

|                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| <b>Relacionais</b> | <b>Total = 1421</b> |
| Andar              | 1                   |
| Chamar             | 5                   |
| Continuar          | 3                   |
| Dar                | 4                   |
| Denominar          | 1                   |
| Estar              | 253                 |
| Ficar              | 117                 |
| Ir(internado)      | 3                   |
| Pesar              | 1                   |
| Ser                | 767                 |
| Ter                | 251                 |
| Valer              | 7                   |
| Virar              | 8                   |

| <b>Verbais</b>     | <b>Total = 435</b> |
|--------------------|--------------------|
| Abrir (o jogo)     | 3                  |
| Aceitar            | 1                  |
| Admitir            | 1                  |
| Agradecer          | 1                  |
| Avisar             | 2                  |
| Buzinar            | 1                  |
| Chamar             | 20                 |
| Comentar           | 4                  |
| Comunicar          | 5                  |
| Concordar          | 1                  |
| Contar             | 12                 |
| Cortar (o assunto) | 1                  |
| Dialogar           | 1                  |
| Dizer              | 29                 |
| Estourar           | 1                  |
| Explicar           | 7                  |
| Falar              | 283                |
| Garantir           | 2                  |
| Gritar             | 5                  |
| Implicar           | 1                  |
| Jurar              | 3                  |
| Ligar              | 1                  |
| Mandar             | 1                  |
| Olhar              | 1                  |
| Orientar           | 1                  |
| Pedir              | 38                 |
| Pelejar            | 2                  |
| Perguntar          | 1                  |
| Prometer           | 4                  |
| Pronunciar         | 1                  |
| Responder          | 1                  |

| <b>Comportamentais</b>                                                      | <b>Total = 344</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Acordar                                                                     | 5                  |
| Adoecer                                                                     | 5                  |
| Aquietar                                                                    | 3                  |
| Assistir                                                                    | 4                  |
| Cantar                                                                      | 12                 |
| Chorar                                                                      | 9                  |
| Coçar                                                                       | 1                  |
| Conversar                                                                   | 31                 |
| Curar                                                                       | 2                  |
| Dar (uma risada) (um grito)                                                 | 3                  |
| Desmaiar (2 no sentido de dormir no ato)                                    | 5                  |
| Doer                                                                        | 5                  |
| Dormir                                                                      | 23                 |
| Emagrecer                                                                   | 3                  |
| Envelhecer                                                                  | 1                  |
| Esperar (um bebê) – estar grávida                                           | 1                  |
| Funcionar (o trem); a cabeça                                                | 2                  |
| Inchar                                                                      | 1                  |
| Ingerir                                                                     | 1                  |
| Melhorar                                                                    | 6                  |
| Olhar                                                                       | 6                  |
| Passar (mal) (fome)                                                         | 8                  |
| Pegar (bronquite) (broncopneumonia)                                         | 2                  |
| Perder (quilos = emagrecer); 20 cm do corpo                                 | 2                  |
| Piorar                                                                      | 1                  |
| Rir                                                                         | 7                  |
| Sair sangue                                                                 | 2                  |
| Sarar                                                                       | 12                 |
| Secar (a língua)                                                            | 1                  |
| Sentir (falta de comida; fraqueza; tesão; o peso de um saco na cabeça; dor) | 7                  |
| Sofrer                                                                      | 24                 |
| Ter (visões)                                                                | 1                  |
| Tossir                                                                      | 1                  |
| Ver                                                                         | 147                |

| <b>Existenciais</b>      | <b>Total = 196</b> |
|--------------------------|--------------------|
| Acabar (a chuva)         | 1                  |
| Chover                   | 2                  |
| Dar (= acontecer, haver) | 8                  |
| Existir                  | 3                  |
| Fazer (chuva)            | 1                  |
| Haver                    | 19                 |
| Ter                      | 162                |