

2

O modelo teórico e metodológico

“As margens de um livro jamais são nítidas ou rigorosamente cortadas: além do título, as primeiras linhas e o ponto final, além de sua configuração interna e a forma que o autonomiza, está preso em um sistema de remissões a outros livros, outros textos, outras frases: nó em uma rede” (Foucault, 1972: 34)

A presente pesquisa, que tem como objetivo fazer um estudo sobre o discurso institucional/profissional, a partir da entrevista psiquiátrica, impõe uma reflexão de natureza teórica que inclui a conceituação empregada nas áreas de conhecimento de suporte da pesquisa, em suas relações interdisciplinares e de interface. Neste capítulo, discuto o modelo teórico e metodológico que fundamenta este trabalho.

A reflexão de natureza teórico-metodológica está centrada nas discussões sobre o discurso profissional, principalmente no que diz respeito às relações que são estabelecidas entre ordem institucional e ordem interacional.

2.1**O discurso profissional: discussão de modelos e teorias****2.1.1****Discurso institucional, discurso profissional e as profissões na nova ordem do trabalho**

Segundo Sarangi e Roberts (1999), os estudos discursivos em locais de trabalho incrementam as condições da ‘modernidade tardia’ e colocam em questão velhas categorias, identidades e práticas no relacionamento entre profissões e suas instituições (p. 13).

As discussões sobre o discurso institucional e o discurso profissional estão inseridas no **contexto da nova ordem do trabalho que deve ser compreendida**

como um discurso que constitui posições e identidades que emergem nas relações do trabalho, com distribuição de papéis, habilidades e conhecimentos profissionais (Sarangi e Roberts, 1999:9-10; Pereira, 2004:172). Na sociedade moderna, as instituições são estruturadas em termos das relações sociais de poder e caracterizadas por uma específica divisão do trabalho em que a qualidade do serviço é essencial nesse contexto (Wodak, 1997:174; Pereira, op.cit.: 175).

No contexto psiquiátrico, essa nova ordem do trabalho tem apoio nas propostas de Balint (1964) e Novack (1981) (apud Clark e Mishler, 2001; Peräkylä e Vehviläinen, 2003) cuja base é a valorização de aspectos emocionais, sociais e culturais da doença – é um novo modelo alternativo que leva em conta esses aspectos que são extrafisiológicos. Mais importante do que a doença é o sujeito doente; portanto, os médicos devem estar atentos ao paciente inserido em seu contexto social, econômico, cultural, histórico. Vendo através e além dos sintomas, o médico compreenderia efetivamente o problema do paciente. A proposta de Balint (op.cit.), portanto, é a necessidade de uma postura ética do médico, complementada por uma visão humanística que, combinadas, promoveriam o resgate da cidadania, uma verdadeira ação de inserção do paciente no mundo social. Nesse modelo, em que tratar é ajudar a recuperar a competência social em que a pessoa é mais importante do que a doença, os objetivos do atendimento seriam *“i) permitir ao paciente alcançar seu nível ótimo de funcionamento independente na comunidade; ii) melhorar a competência individual e psicológica; iii) possibilitar a auto-defesa; iv) promover o funcionamento ocupacional, dentre outros”* (AMRP – Associação de Reabilitação Psicossocial – OMS (cf. Tenório, 2001:54). A proposta deste modelo é, portanto, a abordagem de empoderamento (*“empowerment”*) que aponta para os conceitos de independência, autoconfiança, participação e responsabilidade, com vistas a uma participação mais ativa na vida social.

A distinção entre discurso institucional e discurso profissional, segundo Sarangi & Roberts (op.cit.), deve ser feita a partir dos trabalhos de Bourdieu e Habermas.

Para Bourdieu (1996; 2004), o espaço da interação é pré-construído: *“a composição social do grupo está antecipadamente determinada”* (2004:55).

Segundo ele, o uso da linguagem é dependente da posição social do falante, e é esse poder que determina o acesso à língua da instituição, à “palavra oficial”. São questões que envolvem o discurso autorizado e o poder legitimado que é conferido a determinados grupos: “*para compreender o que é dito e sobretudo o que não pode ser dito no palco, é preciso saber quem é excluído e quem se exclui*” (2004:56).

Em sua Teoria de Ação Comunicativa, Habermas (1989) argumenta que qualquer indivíduo que usa a linguagem presume que ela pode ser justificada em quatro níveis de validade: o que é dito é inteligível, é verdadeiro, o falante, quando profere x está sendo sincero, e o último nível de validade – o falante invoca certos direitos ou normas para usar a linguagem. É a este nível ao qual fazemos referência para explicar o comportamento discursivo dos falantes no que diz respeito às normas estabelecidas pelas instituições nas quais estão inseridos, conferindo a eles o direito de usar essa linguagem. Tanto para Bourdieu quanto para Habermas, existe um conjunto de prescrições ou regras estabelecidas que regem a conduta dos sujeitos quando interagem.

Apesar de os termos *discurso institucional* e *discurso profissional* serem termos utilizados indistintamente e de ao mesmo tempo ser difícil a tarefa de distingui-los, um dos caminhos mais fáceis talvez seja primeiro entender a diferença entre instituição e profissão. Para Sarangi & Roberts (1999), instituição é um arranjo ordenado de regras e sistemas eficientes, enquanto que profissão vem da idéia de vocação, envolvendo pessoas como agentes ativos (p. 14). O termo instituição pode ser substituído por organização, entidade composta por profissionais como médicos, enfermeiros, agentes administrativos e outros se a referência for um hospital, por exemplo. A ordem institucional pode também ser representada pelo conjunto de interações específicas que pertencem às práticas institucionais, além dela fornecer as regras de conduta e os costumes adequados (cf. Hime, 2002:20). Os profissionais e suas habilidades (*expertises*) fazem parte de instituições ou organizações. Inseridos em instituições/organizações, os profissionais seguem, de certa forma, as regras estabelecidas pelas instituições nas quais estão inseridos. Segundo Holmes e outras (1999), o discurso institucional por ser caracterizado pela racionalidade, pelas regras e regulações que governam uma instituição.

De acordo com Sarangi & Roberts (op.cit.), uma distinção entre os dois tipos de discurso é **i)** “*discurso profissional é o que os profissionais rotineiramente fazem como uma forma de realização de suas funções e responsabilidades*; **ii)** *discurso institucional pode ser caracterizado como práticas consideradas racionais e legítimas que são autoritariamente apoiadas por uma série de regras e regulações que governam as instituições*” (p. 15)⁵.

Sendo assim, o discurso profissional é uma forma de prática profissional (o aconselhamento ou a recomendação é um tipo de discurso profissional) e essa prática é regulada/governada por regras estabelecidas pelas instituições. Apesar de os dois termos – discurso profissional e discurso institucional - estarem intimamente relacionados, a distinção se faz se pensarmos que diferentes discursos profissionais estariam contidos ou fariam parte de um discurso institucional. É possível também, por outro lado, identificar marcas no discurso profissional que remeteriam a um discurso institucional que estaria governando-o, embora nem todos os discursos profissionais estejam vinculados a um tipo específico de instituição.

A relação entre o institucional e o interacional é também referida por Drew & Heritage (1992), na perspectiva da Análise da Conversa. Segundo a AC, a fala institucional se distinguiria da fala espontânea. No entanto, deve-se enfatizar que nem sempre as formas de fala em interação são suficientes para distinguir a fala espontânea da institucional nos casos em que a própria fala institucional recorre a formas que se aproximam da fala espontânea. É o caso, por exemplo, do ‘estado de conversa’ identificado em algumas interações institucionais como as entrevistas psiquiátricas.

A distinção entre a ordem institucional e a ordem interacional é discutida a partir da noção de contexto nos trabalhos de Goffman (1998), Kendon (1990), Erickson & Schultz (1998), Duranti (1992), Goodwin & Goodwin (1992) e outros. São importantes as seguintes questões: **a)** O que é contexto?; **b)** Como os participantes interpretam o contexto?; **c)** Quais relações podem ser estabelecidas entre contexto institucional e contexto interacional?; e **d)** O contexto institucional estabelece as maneiras de agir dos participantes?

⁵ Tradução minha.

Em “O ‘quando’ de um contexto”, Erickson & Schultz (1998) discutem o contexto não como o ambiente físico, mas constituído pelo que os participantes estão fazendo a cada instante e por onde e quando eles o fazem. Esses autores privilegiam elementos que não estão apenas em nível lingüístico, mas também os que são determinados pela relação entre os participantes da situação comunicativa: “*os indivíduos em interação se tornam ambientes uns para os outros*” (p. 143).

Embora os significados sejam construídos na interação, dentro de um contexto situacional específico, nenhum contexto permite saturação (Derridá, 1979). Isso quer dizer que todos os significados construídos e reconstruídos pelos atores sociais ainda permitirão outras interpretações, outras leituras.

2.1.1.1

A ordem institucional

Em Cicourel (1992), há um contexto que é o institucionalizado/burocrático no qual estão inseridas as diferentes atividades de fala (cf. tb Sarangi & Slembrouck, 1996). O termo ordem institucional foi citado por Berger & Luckmann (1967⁶ apud Sarangi & Roberts, op.cit, p.3) para se referirem ao conhecimento que os falantes têm das práticas institucionais, das regras e dos procedimentos que devem ser seguidos nas instituições. Presume-se que os interlocutores tenham conhecimento das normas prescritivas que subjazem às interações. As normas incluem títulos, competências, obrigações e responsabilidades dos participantes das diferentes interações. Segundo Sarangi e Slembrouck (1996), encontros burocráticos seguem rotinas, de acordo com a informação buscada pela instituição (p. 40-41).

Para Cicourel, é desse contexto institucionalizado que emergem processos de fala, localmente organizados (p. 294-295). Segundo Duranti (1992), o contexto institucional estabelece as maneiras de agir dos participantes. Para o autor, as escolhas lingüísticas feitas pelos interlocutores são definidas pelo contexto assim como definem o próprio contexto. Há aqui a presença de uma noção de contexto

⁶ *The Social Construction of Reality: A Treaty in the Sociology of Knowledge*. Harmondsworth: Penguin.

que é dinâmica, não definido aprioristicamente. As escolhas lingüísticas feitas pelos interlocutores são pré-definidas com base no tipo de atividade de fala realizada e nas relações sociais que essas escolhas ativam. Para o autor, a significação de uma elocução está no lingüístico e nas relações sociais experienciadas pelos participantes. Os contextos seriam, portanto, recriados a cada interação e cada interação recriaria um novo contexto.

2.1.1.2

A ordem interacional

O outro sentido de contexto seria o contexto interacional - que é a conversa em si: como elas são iniciadas, quais entonações são utilizadas pelos participantes, como foram feitas as pausas, as hesitações, a introdução, a manutenção e alteração dos tópicos, o tipo de pergunta, dentre outras. O foco de atenção é a organização seqüencial da conversa. Mäkitalo & Säljö (2002) também compartilham dessa mesma noção de contexto como sendo a fala temporalmente situada; e consideram contexto institucional como aquele que estaria relacionado a aspectos de natureza social e histórica, que incluiria também a ordem institucional. A conversa, portanto, emerge desse contexto mais amplo, institucional/burocrático.

Em Goffman (1998), encontramos a resposta para a pergunta: “*Como os participantes interpretam o contexto?*”. Para o autor de “A situação negligenciada”, o contexto situacional é negociado pelos interlocutores e extremamente mutável, durante uma dada situação comunicativa. Além de ser negociado, o contexto é sustentado e interpretado colaborativamente pelos participantes que estão ativamente negociando a compreensão das suas elocuções a partir de expectativas de participação que também mudam constantemente na interação. O foco, para Goffman, é, portanto, a colaboração/negociação e o dinamismo inerentes à visão de contexto situacional. O contexto é, portanto, uma criação conjunta de todos os participantes presentes no encontro. Além disso, diferentes enquadres emergem a cada novo instante na interação – os participantes

de alguma forma sinalizam e sustentam cada contexto interacional em curso (Sarangi & Roberts, 1999:2)⁷.

Qual é a relevância e a importância nesta pesquisa de uma discussão sobre contexto institucional e contexto interacional? Se estou assumindo que as normas comunicativas variam de acordo com as situações nas quais os interlocutores estão inseridos e se somos capazes de produzir, modificar e modular as expressões lingüísticas de várias maneiras, no sentido de adequá-las às exigências pessoais e interpessoais de diferentes ocasiões (cf. Irvine, 1982 e Caffi & Janney, 1994), o estudo que será realizado sobre a entrevista psiquiátrica como um gênero do discurso institucional deve levar em consideração essas questões. A análise de qualquer interação tem como pressuposto que **a)** a linguagem sempre ocorre no contexto – contextos culturais de significados e visões compartilhadas; contextos sociais através dos quais as definições de si mesmo e da situação são construídas; contextos cognitivos de experiências e conhecimentos passados; **b)** a linguagem reflete os contextos porque ajuda a constituí-los; **c)** os sujeitos constroem e manipulam aspectos do contexto (Schiffrin, 1987; 1994).

Embora a noção de contexto seja extremamente complexa, em função da sua natureza dinâmica, ela é essencial para qualquer pesquisa que envolva as diferentes situações de comunicação vividas pelos sujeitos que são *“aqueles que estão sob interdição: sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa”* (Foucault, 2001:9). Portanto, para compreender uma interação é necessário analisar o contexto, as rotinas e a organização do trabalho (Wodak, 1997:174-175).

⁷ A noção de contexto concebida como negociação é também compartilhada por Kendon (1990), seguidor da concepção teórica de *frame* de Goffman. O conceito de *frame* para Kendon, no entanto, não está relacionado apenas a como os participantes de uma interação enquadram a mensagem. Está também voltado para o comportamento postural dos interlocutores - formação-F: *“Quando as pessoas se colocam em uma atividade conjunta como uma conversação, elas entram em um sistema de comportamento espacial e orientacional que pode ser concebido como uma unidade de organização comportamental no nível interacional. Esse sistema organiza o espaço físico no qual ele acontece”* (Kendon, op.cit.).

2.1.1.3

Estoques de conhecimentos

O termo “estoques de conhecimento” deve ser também discutido enquanto um modelo normativo que está inserido nas interações entre profissionais e clientes. Segundo Peräkylä & Vehviläinen (2003), existem estoques ou esquemas de conhecimento (SIKs) que são os modelos normativos encontrados nos textos profissionais, nos manuais de instrução. Tais modelos ou teorias profissionais teriam como função “instruir ou organizar” a prática profissional, embora a prática não siga exatamente o modelo apresentado pela teoria (p. 729-730). Os SIKs ou modelos normativos têm como função prescrever normas, explicar, legitimar as práticas existentes. Os SIKs são, portanto, o conhecimento que os sujeitos têm das práticas institucionais, das regras e dos procedimentos que devem ser seguidos nas instituições (cf. Berger & Luckmann, 1967 apud Sarangi & Roberts, op.cit, p.3).

No entanto, segundo Sarangi e Roberts (op.cit.), os manuais ou modelos normativos são superficiais e freqüentemente absurdamente simples. Oriundos da psicologia tradicional, nesses modelos a comunicação é vista como uma estreita linha por onde passam as mensagens de um falante a um ouvinte, não considerando a dinamicidade das interações nas quais os indivíduos estão imersos (p. 2).

Pode-se afirmar, então, que, quando interagem, os sujeitos estão legitimando suas práticas porque foram orientados de alguma forma por esses modelos normativos que orientam a conduta dos profissionais nas suas práticas cotidianas.

A proposta de Peräkylä & Vehviläinen (op.cit.) é promover um diálogo entre os ‘estoques de conhecimento’ e a pesquisa em Análise de Conversa na medida em que a AC vai acrescentar uma nova dimensão para compreender as práticas descritas nos SIKs. A proposta dos autores é apresentar uma nova forma de relacionar os resultados da análise dos dados apoiada nos esquemas de conhecimento profissional. Segundo os autores, a AC pode mostrar detalhadamente com o princípio geral sugerido pelo SIK opera (p. 738).

2.1.2

A pesquisa etnográfica nos locais de trabalho

A explicação para justificar a pesquisa etnográfica nos locais de trabalho pode ser encontrada em Geertz (1989). Segundo o autor, “o locus do estudo não é o objeto do estudo. Os antropólogos não estudam as aldeias (tribos, cidades, vizinhanças...); eles estudam nas aldeias” (p. 32). Sendo assim, a etnografia busca a pesquisa empírica dos métodos que os sujeitos usam para dar sentido e ao mesmo tempo realizar as suas ações, “*estudar nas aldeias*”, observando em detalhes como os sujeitos sociais se comunicam, como tomam decisões, como, enfim, interagem, é condição *sine qua non* da pesquisa interpretativista. **É somente a observação atenta, minuciosa, microscópica que permitirá ao pesquisador interpretar as ações cotidianas dos atores sociais.** Segundo Sarangi & Roberts (op.cit.), a etnografia permite a compreensão da ecologia comunicativa (*communicative ecology*) do local de trabalho ou da instituição (p. 392). E a palavra ecologia é bastante apropriada, pois ela dá a dimensão do complexo e intrincado relacionamento entre atores, ambiente onde estão inseridos e práticas sociais.

A prática de pesquisa no contexto de locais de trabalho levou Sarangi & Roberts (1999) ao conceito de hibridismo discursivo, que precisa ser bem compreendido para a análise que pretendo fazer nesta pesquisa.

2.1.3

O hibridismo discursivo nas práticas de pesquisa no contexto de locais de trabalho

A discussão em torno do hibridismo discursivo na prática médica é realizada por Sarangi e Roberts (1999). Os autores propõem um restabelecimento do ‘equilíbrio’ no estudo das interações entre médicos e pacientes, fazendo uma relação entre a prática médica - descrição densa (*accountability*) das práticas profissionais - e o hibridismo. Essa relação é, segundo os autores, a possibilidade de compreender o amplo cenário das práticas profissionais em torno do trabalho médico e da fala.

Segundo Sarangi & Roberts (1999), hibridismo discursivo ou modos híbridos de fala compreendem múltiplas mudanças de modalidades: mudança em relação a níveis de identidade, modos de fala, socialização em comunidades de prática⁸, negociação de *backstage/frontstage*⁹, dentre outros. Para os autores, o hibridismo discursivo inclui a complexidade e a natureza de múltiplas camadas das práticas de trabalho, mas de uma forma ordenada e organizada (p. 62).

No artigo “*Hybridity in gatekeeping discourse: issues of practical relevance for the researcher*”, em que Sarangi & Roberts (op.cit.) analisam um tipo de discurso no contexto do trabalho, o exame oral do *Royal College of General Practitioners* (RCGP). Foram identificados três diferentes modos: experiência pessoal, profissional e institucional (p. 480), e todos os três estão presentes no exame oral, mas o institucional é o dominante. Eles foram caracterizados da seguinte maneira: o modo profissional (prática geral) inclui o diagnóstico dos sintomas e a discussão sobre o tratamento. O institucional é o modo abstrato, analítico e burocrático/protocolar da saúde e da doença – o porquê da medicina. O modo institucional de fala, portanto, é parte de práticas sociais amplas que formam as instituições, legitimando seus limites.

No que diz respeito ao modo de fala da experiência pessoal, Roberts & Sarangi fazem referência à clássica¹⁰ dicotomia proposta por Mishler (1984) – voz da experiência do paciente e voz da Medicina. O modo experiência pessoal também pode ser um recurso (uma estratégia) para atingir um objetivo, utilizado pelos médicos, sob a forma de anedotas, por exemplo. Sarangi & Roberts afirmam, portanto, que nas interações, **é possível identificar um comportamento discursivo híbrido do médico em que os modos - da experiência, o modo profissional e o modo institucional - estarão se alternando em virtude da natureza complexa e múltipla das práticas de trabalho na medicina** (p. 62).

Qual é a importância dessas discussões sobre os modos ou estilos de fala – hibridismo discursivo - que podem estar presentes nas interações, sejam elas

⁸ Cf. Pereira (2005); Pinto, Ribeiro e Lopes Dantas (2005).

⁹ Sarangi & Roberts (1999) comparam, a partir de Goffman, o contexto de trabalho com o teatro: os atores/profissionais realizam suas performances no palco (*frontstage*) e nos bastidores (*backstage*), gerenciando ordem interacional e ordem institucional.

¹⁰ No termos de Silverman (1987 apud Roberts e Sarangi, 1999), essa dicotomia é falsa porque não há oposição entre voz da experiência do paciente e voz da Medicina. Segundo Silverman, existem vozes dos pacientes e vozes dos médicos que se interrompem e se interpenetram.

exames orais ou não? Talvez a questão mais importante esteja relacionada aos problemas de comunicação que podem existir a partir de um não compartilhamento de conhecimento social, cultural dos participantes. Em função de diferentes expectativas sobre os propósitos e objetivos das interações, o médico, ou seja, qual for o papel social e discursivo desempenhado, pode, utilizando um dos modos, requerer uma resposta no modo correspondente; se essa expectativa não for atendida, problemas de ordem intelectual (diferentes conhecimentos dos participantes) e interacional podem ocorrer. Outros problemas também relacionados aos estilos de fala podem ser identificados quando os médicos resistem ao formato de conversa que muitas vezes os pacientes querem dar ao encontro. Em seu texto, Ainsworth-Vaughn (2001) afirmam que a estrutura de conversa é fundamental nos encontros entre médicos e pacientes, principalmente porque, conforme sugere Shuy (1983 apud Ainsworth-Vaughn, 2001: 456), os pacientes sentem-se mais confortáveis quando os encontros são mais conversacionais.

2.1.4

Relevância dos estudos e aplicações

As questões teóricas que foram discutidas sobre o discurso profissional envolvem o tratamento que vem sendo dado ao mesmo pelos pesquisadores que estariam diretamente voltados para uma nova ordem do trabalho, que inclui mudança de papéis, habilidades e conhecimentos. Em termos de divisão de trabalho, significa dar responsabilidade aos trabalhadores ou promover o empoderamento. Significa uma nova visão de trabalho que inclui responsabilidade e participação.

Como essa nova ordem do trabalho se aplicaria à medicina? A proposta seria negociar a ‘voz da medicina’ e ‘voz das experiências do paciente’, como uma forma de dar recursos ao paciente para que ele adquira autonomia, responsabilidade e participação ativa (cf. Tenório, 2001:54).

Em seu texto, Clark e Mishler (2001) argumentam que, para a medicina moderna, os médicos devem adotar um modelo empático de comportamento com os pacientes e isso se materializa por uma relação cooperativa assumida pelos

profissionais de saúde. Essa cooperação é a demonstração de atenção pelo outro e pelo que está sendo dito, e de interesse pelo que o paciente pode trazer como experiências com o seu sofrimento mental (p. 12). Nesse modelo, os pacientes são vistos como pessoas responsáveis por sua própria vida e pela sua doença. O paciente ocupa, portanto, o centro da atividade clínica (cf. Peräkylä & Vehviläinen, 2003:732).

Nesse modelo, o profissional estaria atento às questões que valorizam o paciente enquanto sujeito que deve ser respeitado, enquanto sujeito que tem pleno direito de exercer sua cidadania para com responsabilidade pensar e agir livremente. Inscrevendo o outro na interação, uma nova ordem social estaria orientando a prática profissional, principalmente no que diz respeito a uma preocupação com um atendimento que dê conta das individualidades. A consequência dessa prática cujo paciente é o centro é a promoção do empoderamento, da autonomia e da liberdade.

Essa preocupação com as práticas de atendimento aos pacientes está ancorada em uma proposta de desenvolvimento de novas formas críticas de ler o mundo social no qual estamos todos inseridos. O diálogo entre as diferentes dimensões da entrevista clínica psiquiátrica abre a possibilidade para pensar em propostas alternativas que transformem a dominação em conscientização.

Na perspectiva da Sociolingüística Interacional, da Etnografia e da Psicologia Social, esta pesquisa tem, portanto, como proposta apresentar uma nova forma de pensar as relações entre teoria e prática profissional a partir de três tipos de análise: dos manuais propostos pela literatura, do ‘aqui-agora’ das entrevistas e das representações do médico sobre a sua prática clínica.

2.2

A proposta teórica e metodológica do presente estudo

2.2.1

A perspectiva etnográfica

“Fazer pesquisa etnográfica implica tratar do objeto de pesquisa sob diferentes perspectivas a partir da coleta de dados, da observação participante, das notas de campo, das entrevistas com os informantes. É como escrever um diário”
(Geertz, 1989:20).

Com uma proposta de interface, a análise das entrevistas psiquiátricas como um tipo de discurso profissional será realizada a partir dos trabalhos de Malinowski (1976), Geertz (1989), Erickson (1982, 1992, 1998), na perspectiva da Etnografia¹¹, e de Gumperz (1982), Tannen (1986; 1993) e Ribeiro (2002), na perspectiva da Sociolinguística, e Jovchelovitch & Guareschi (1998) e Jovchelovitch (2000) na perspectiva da Psicologia Social.

Segundo Malinowski (1976), para compreender uma cultura, uma sociedade, é necessária a convivência intensa do pesquisador com o grupo que se quer estudar: *“é a observação direta, a convivência diária que permitirá ao pesquisador entender o que está sendo dito e de participar das conversas e acontecimentos da ida da aldeia.”* (p. xiii). A pesquisa etnográfica é uma das condições para se fazer a descrição densa de que nos fala Geertz, pois somente assim o pesquisador seria capaz de alcançar a densidade das informações existentes.

Erickson (1982, 1992, 1998), em sua pesquisa sobre contextos educacionais, afirma que o contexto é dinâmico; por isso, o pesquisador deve fazer uma análise consistente da organização social do evento comunicativo. Assim, o analista deverá percorrer estágios quando for analisar os dados da

¹¹ Além da Etnografia, este trabalho insere-se na tradição de pesquisa denominada Etnografia da Comunicação (Hymes, 1972), inserida na Sociolinguística Interacional, na medida em que procura descrever informações sociais e discursivas para melhor ‘representar’ a entrevista clínica-psiquiátrica.

pesquisa, que vão desde anotações das seqüências que foram gravadas, até a possibilidade de fazer generalizações sobre o *corpus* investigado. Esses estágios, para Erickson, farão com que o analista compreenda como as formas comunicativas manifestam significado além do referencial. Para Erickson (op.cit.), uma micro análise estaria interessada na combinação de níveis e aspectos da organização social, descrevendo características que identificam as instituições, focando principalmente as ações comunicativas particulares de indivíduos específicos, permitindo ao pesquisador observar não apenas a informação que está disponível, mas também a informação que está “por trás da cortina”. Isso significa dizer que não basta olhar para o que está sendo dito; é preciso também ver por que foi dito, sob que condições, que inclui o mapeamento do contexto cultural, social, institucional, além do discursivo.

Deve-se enfatizar que a proposta de microanálise de Erickson é diferente do que é proposto por Geertz quando o autor apresenta a ‘descrição densa’. A pesquisa etnográfica é condição para que sejam separadas “*as piscadelas dos tiques nervosos e as piscadelas verdadeiras das imitadas*”. No entanto, as duas propostas podem ser interpretadas como formas de fazer uma análise e uma leitura consistentes dos dados construídos pelo pesquisador.

2.2.2

A perspectiva sociointeracional

“Fortemente ancorada na pesquisa qualitativa empírica e interpretativa, a Sociolinguística Interacional propõe o estudo da organização social do discurso em interação, ressaltando a natureza dialógica da comunicação humana e o intenso trabalho social e lingüístico implícito na construção do significado.”
(Ribeiro e Garcez, 1998: 8)

Nesta seção, serão tratadas noções de ordem interacional, advindas da Sociolinguística Interacional (Gumperz, 1982; Tannen, 1986, 1993; Ribeiro, 2002) e da Análise da Conversa (Schegloff & Sacks, 1973; Schegloff, 1982; Marcuschi, 1986).

Um dos objetivos da Sociolingüística Interacional é o estudo dos processos comunicativos da interação humana e a relação entre cultura, sociedade e indivíduo, procurando compreender a diversidade lingüística e cultural na comunicação cotidiana, observando o impacto na vida das pessoas (Pereira, 2002:8). A partir dessa perspectiva discursiva, que ressalta também a natureza dialógica e interpretativa da comunicação humana, será estudado o comportamento verbal no contexto da entrevista psiquiátrica, observando a co-construção discursiva entre médico e paciente, que estará ao mesmo tempo construindo identidades. O comportamento não-verbal será analisado apenas de forma complementar.

Na Sociolingüística Interacional, em interface com a Etnografia da Comunicação, a linguagem é considerada como um sistema de símbolos construído social e culturalmente, que em seu uso reflete “*os significados de macro nível social e cria significados de micro nível social*” (Pereira, op.cit.:10). Assim, em qualquer interação, falantes e ouvintes agirão não apenas de acordo com certas regras culturais já estabelecidas previamente, mas de acordo com o “aqui e agora” da interação, demonstrando que, a cada momento, novos enquadres são construídos e novos comportamentos discursivos são requeridos.

Desta forma, nessa perspectiva sociolingüística, conceitos extremamente significativos em nossa análise são os de enquadre, alinhamento, estado da informação e esquemas de conhecimento. Outros conceitos também importantes são os de estrutura de participação e de piso colaborativo, conforme serão detalhados, nas seções seguintes.

2.2.2.1

Enquadres, ‘estado’ da informação e esquemas de conhecimento, alinhamento e pistas de contextualização

2.2.2.1.1

Enquadres

A noção de *enquadre* é estabelecida a partir da análise de ‘quadros’, de acordo com a abordagem desenvolvida primeiramente por Bateson (1972), e depois por Goffman (1974), Gumperz (1982) e Tannen & Wallat (1998). A partir

desses autores, oriundos de diferentes áreas do conhecimento – Antropologia Cognitiva, Sociologia –, podemos definir *enquadre* como um conjunto de instruções dadas pelo falante ao ouvinte de como ele deverá entender uma determinada mensagem.

A noção de *enquadre* ajuda a compreender o texto, como entender o que se diz ou o que se faz (atos – ações – usos) na fala, para onde ele – o ouvinte – deverá dirigir seu olhar (Ribeiro & Pereira, 2002:53-4), contextualizando interacionalmente o contexto de fala, respondendo a perguntas do tipo: “*o que está acontecendo aqui?*”, “*qual é o significado do que está acontecendo aqui?*” (Goffman, 1998:70). Nesse sentido, a interação não pode ser vista apenas como uma sucessão de turnos e enunciados dos interlocutores; é preciso que seja levado em consideração o contexto no qual determinado enunciado está inserido e que contextos estão sendo criados pelos participantes. Esta noção auxilia, portanto, a compreensão da estrutura organizacional em que o discurso emerge e a participação social dos interlocutores, ou seja, permite a contextualização do discurso/da mensagem: “*os participantes estão permanentemente introduzindo ou mantendo enquadres que organizam o discurso e os orientam com relação à situação interacional*” (Goffman, 1998: 70; Ribeiro, 2002:39).

Paralelamente à noção de *enquadre*, Goffman (1998) também desenvolve o conceito de *footing*, extremamente importante para a análise das interações verbais. Goffman introduziu o termo *footing* para descrever como os participantes enquadram os eventos e ao mesmo tempo negociam as relações interpessoais, ou “alinhamentos”, que constituem tais eventos (cf. Tannen e Wallat, 1998:124). Os *footings* dos participantes sinalizam como eles gerenciam a produção ou a recepção de um enunciado (...) podem sinalizar aspectos pessoais (uma fala afável, sedutora), papéis sociais (um executivo na posição de chefe de setor), bem como intrincados papéis discursivos (o falante enquanto animador de um discurso alheio) (Goffman, 1998:70; Ribeiro, 2002:41-42; Ribeiro & Pereira, 2002:55). Segundo Goffman, o *footing* representa o alinhamento, o porte, a postura, a posição/o posicionamento, a projeção do ‘eu’/a projeção pessoal do participante, de um participante na sua relação com o outro, consigo próprio e com o discurso em construção (p. 70).

Nesta pesquisa, utilizo o conceito de papéis discursivos para fazer referência aos vários alinhamentos estabelecidos pelo médico e pelos pacientes. O de ouvinte atento é um desses alinhamentos estabelecidos pelo médico durante as entrevistas. O papel social desempenhado pelos participantes será analisado a partir do conceito de identidade.

Gumperz (1982) é quem desenvolve o estudo das “*pistas de contextualização*”, que sinalizam mudanças de alinhamento e/ou de enquadre. Ele considera que os participantes de uma interação a todo momento sinalizam com que quadro comunicativo estão operando – o falante localiza o quadro comunicativo para que o ouvinte decodifique a informação. Esses sinais podem ser de natureza prosódica (tom, ritmo, pausa) e/ou de natureza não verbal (postura, direção do olhar, gestos). Tais sinais, então, poderão indicar ao ouvinte como ele deve “ver” determinada mensagem, ou seja, como deve enquadrar o que está sendo dito, se é uma brincadeira, ou uma ironia, por exemplo (cf. Pereira, 2002:12; Ribeiro e Pereira, 2002:53). Tais pistas vão orientar o ouvinte no processo de interpretação do alinhamento adotado pelo falante (Tannen, 1986). As pistas lingüísticas são, portanto, maneiras de falar que evidenciam e sinalizam mudanças de enquadres (Tannen e Wallat, 1998:140).

2.2.2.1.2

‘Estado da informação’, esquemas de conhecimento e estoques de conhecimento

O outro conceito com o qual estarei trabalhando nesta pesquisa é o conceito de ‘estado da informação’ apresentado por Schifffrin (1987). Segundo a autora, em uma perspectiva interacional do discurso, falantes e ouvintes, quando interagem, estão relacionados **i)** pela estrutura de participação ou posições assumidas pelos participantes e **ii)** pelo estado da informação. Em seu modelo de discurso, segundo ela, o estado da informação é um processo dinâmico e interativo que muda na medida em que as contribuições discursivas dos falantes são dadas durante as interações. Ele está relacionado à organização e ao gerenciamento do conhecimento e do meta-conhecimento que os participantes têm quando estão interagindo.

Em seu modelo de discurso, Schiffrin afirma que há estruturas não-lingüísticas (trocas e ações) e estruturas lingüísticas (ideacional – idéias). Seu modelo discursivo é apresentado contendo três estruturas: **i)** de troca, **ii)** de ação e **iii)** ideacional. Pela estrutura de troca (i), Schiffrin, está assumindo a troca de turnos, os pares adjacentes e outras unidades propostas pela AC; por estrutura de ação (ii), os atos de fala que são proferidos em seqüência pelos participantes; por estrutura ideacional, as unidades semânticas, o conteúdo das idéias. O estado da informação é exatamente a organização e o gerenciamento dessas unidades semânticas pelo falante e pelo ouvinte. O conhecimento e o meta-conhecimento que falantes e ouvintes têm sobre as idéias são organizados e gerenciados em um estado da informação.

O modelo discursivo proposto por Schiffrin evidencia as ‘relações’ entre os participantes e a construção do conhecimento que são estabelecidas por eles nas interações. Em relação às unidades semânticas (proposições), o modelo explicita como as interpretações são feitas tanto a partir do **i)** conhecimento compartilhado ou não compartilhado por falantes e ouvintes quanto pelo meta-conhecimento, ou seja, o que falantes e ouvintes conhecem sobre seus respectivos conhecimentos, que conhecimento os falantes e ouvintes têm sobre o conhecimento do outro para que possam compartilhar; e **ii)** um conhecimento que é construído ao longo das interações, a partir da contribuição de cada participante. Esse processo dinâmico e interativo de compartilhamento e construção do conhecimento nas interações é fundamental para as relações de simetria/assimetria das interações. Falante e ouvinte precisam estar ‘monitorando’ esse conhecimento para que possam interagir. O conhecimento tanto do falante quanto do ouvinte, como afirma Schiffrin, é mudado na medida em que as contribuições discursivas dos participantes são dadas, ou seja, a cada nova pergunta/resposta, são organizados e gerenciados novos conhecimentos.

Na proposição dos enquadres interacionais, abordagem desenvolvida primeiramente por Bateson (1972), os *esquemas de conhecimento*, criam expectativas que os participantes têm sobre as pessoas, as coisas, os eventos e cenários do mundo (Tannen & Wallat, 1998). Neste sentido, pode-se dizer que os esquemas de conhecimento referem-se à representação do conhecimento dos indivíduos, formado a partir de experiências já vividas. E fazer referência a isso é

imprescindível pois, quando os falantes interagem, o que eles compreendem da situação comunicativa está relacionado ao conhecimento prévio (ou à falta de) que eles têm a respeito do que está sendo dito/ouvido (cf. Ribeiro, 1991:114). Para Tannen & Wallat (op.cit.), a única forma de compreender um discurso é através do preenchimento de informações não ditas, decorrentes do conhecimento de experiências anteriores (p. 124). Os esquemas de conhecimento são modificados, revistos continuamente, o que torna esse conceito bastante dinâmico - novas experiências estão sendo adquiridas e, a partir de novos conhecimentos, os sujeitos vão interpretando o mundo. Além disso, durante qualquer interação, novos conhecimentos são adquiridos na medida em que novas informações são fornecidas pelos participantes (cf. Schiffrin, op.cit.).

Estoques de conhecimento, segundo Peräkylä e Vehviläinen (2003), são os modelos normativos, teorias ou quase teorias que dizem respeito à interação profissional-cliente. Esses modelos e teorias podem ser encontrados nos textos profissionais, nos manuais de treinamento e nas instruções orais ou escritas distribuídas nos contextos profissionais de treinamento e supervisão (p. 727). Segundo os autores, embora a prática não siga completamente o modelo apresentado pela teoria, ela é dependente dele e não existe sem ele (p. 731). Tais modelos orientariam os profissionais na realização da sua prática profissional, que são na verdade uma forma de organização do discurso profissional, tal como o estoque de conhecimento proposto por Schiffrin (op.cit.).

Há, assim, pelo menos dois tipos de conhecimento que podem ser reconhecidos quando falante e ouvinte interagem: um conhecimento que é trazido de fora e a partir do qual as informações são interpretadas, e um conhecimento de dentro da interação, construído ao longo do processo de troca conversacional, na medida em que os participantes vão fornecendo as informações para que o discurso seja interpretado.

2.2.2.2

Estruturas de participação

O termo *estrutura de participação* foi primeiramente introduzido na literatura por Susan Philips. Em seu artigo “*Algumas fontes de variabilidade cultural na ordenação da fala*” (Philips, 1972), a autora analisa dois grupos pertencentes a contextos sociais/culturais diferentes: anglo-americanos de classe média e índios da Reserva de Warm Springs no Oregon, buscando identificar, dentre outros objetivos, o papel do ouvinte durante a conversa¹². A comparação que Philips fez entre falantes de diferentes culturas evidenciou estruturas de participação e organização das conversas também diferentes, sugerindo que cada vez mais é preciso realizar um estudo etnográfico que possa dar conta dos diferentes sistemas de comunicação humana, sejam eles de brancos, índios, negros, pobres ou ricos.

Segundo Philips (1972), uma mudança de alinhamento provoca necessariamente uma mudança no enquadre interacional e na estrutura de participação, definida como um conjunto de comportamentos comunicativos em interações face a face. A *estrutura de participação*, para Schiffrin, envolve a relação entre os participantes da interação, o formato de produção e de interpretação, o conjunto de posições dos sujeitos envolvidos na interação (cf. Schiffrin, 1987:27-28).

Estrutura de participação é, portanto, um conjunto de comportamentos comunicativos que podem ser observados em interações, com direitos e deveres comunicativos relativos aos papéis dos falantes-ouvintes e ao desempenho de uma dada identidade social. É nesse sentido que pode-se falar em identidades construídas na interação, no aqui-agora da situação comunicativa.

Por possibilitarem a descrição dos contextos de interação, o estudo dos arranjos estruturais é fundamental para a análise de diferentes situações comunicativas. Para Quental (1991), uma análise como essa permite “*pôr em evidência posições dos integrantes e suas conseqüências para a estrutura de*

¹² Conforme assinalam Ribeiro & Garcez (1998), Susan Philips foi uma das primeiras pesquisadoras a estudar o papel do ouvinte como co-construtor do discurso do outro (p. 16).

participação”, permitindo determinar de maneira mais segura “o que está ocorrendo aqui-agora na interação”:

“Uma elocução não divide o mundo além do falante em duas partes exatas, interlocutores e não-interlocutores, mas, ao contrário, abre uma vasta gama de possibilidades estruturalmente diferenciadas, estabelecendo a estrutura de participação segundo a qual o falante orientará a sua fala” (Goffman, 1981:81)

Ratificando a importância do estudo dos comportamentos comunicativos, Goodwin (2001) afirma que o foco na participação dá ao pesquisador a oportunidade de estudar em uma perspectiva integrada como os participantes de uma dada situação comunicativa usam a linguagem para construir seu mundo social (p. 174).

2.2.2.3

Organização do piso conversacional

Nesta seção, procuro estabelecer a noção de *piso conversacional* a partir de Shultz, Florio e Erickson (1982), Edelsky (1993), Coates (1996) e Hak e de Boer (1995;1996) para que sejam identificados os procedimentos diferenciados adotados, principalmente, pelo médico durante as entrevistas.

A pergunta “*quem tem o piso?*” parece fundamental para entender que tipo de comportamento podemos identificar nas diferentes interações. Em seu texto “*Who’s got the floor?*”, Edelsky (1993) classifica o piso conversacional como tendo duas realizações: *fala um de cada vez* e *fala colaborativa*. O *fala um de cada vez* pode ser definido como cada participante fala por vez, ao contrário da *fala colaborativa* em que o piso é ocupado simultaneamente pelos participantes. A princípio, pode-se dizer que o piso individual (*single floor*) é mais freqüente em encontros assimétricos e formais. Em entrevistas médicas, por exemplo, interações institucionais em que o médico controla o curso da interação, ou em outros contextos em que há algum tipo de poder que é exercido por um dos participantes, tais como na relação professor/aluno, juiz/acusado, chefe/subordinado, é mais comum que esse tipo de piso conversacional se concretize. No entanto, em encontros mais assimétricos, também podem ser

encontradas outras participações mais colaborativas, uma vez que os participantes podem alterar seus papéis no curso de uma dada interação (cf. Arminen, 2000:445; Hime, 2002: 36). O piso fala um de cada vez, afirma Coates (1996:134), é mais encontrado em interações formais, ao contrário do piso colaborativo, mais facilmente identificado em interações informais. Apesar dessa distinção, deve-se enfatizar também aqui que em qualquer interação é possível que os dois pisos estejam presentes, havendo, talvez, o predomínio de um sobre o outro.

Segundo Schultz, Florio & Erickson (1982), o piso é produzido interacionalmente, e falante e ouvinte devem trabalhar em conjunto para mantê-lo (p. 95). Esse trabalho em conjunto pode definir um comportamento discursivo mais colaborativo, identificado como o comportamento de dois ou mais falantes que constróem a fala juntos. O piso colaborativo é aquele em que a voz do grupo substitui a voz do indivíduo (Coates, op. cit.: 135).

O piso colaborativo pode ser identificado discursivamente quando as sentenças são construídas em conjunto e quando há falas justapostas. O nível colaborativo só pode ser conseguido quando os falantes estão prestando muita atenção um ao outro, em todos os níveis lingüísticos. A fala colaborativa pode demonstrar concordância com a posição do outro, também pode demonstrar conhecimento partilhado, compreensão. Coates ainda afirma que a colaborativa pode demonstrar que o ouvinte tem responsabilidade pelo que está sendo dito (p. 126).

Assim, analisando conversas entre amigas, Coates identificou dois tipos de fala colaborativa: **a)** sentenças construídas em conjunto e **b)** falas justapostas. Nos dados de Coates, as sentenças construídas em conjunto demonstraram concordância dos falantes com o que estava sendo dito. Outros casos mostraram que os participantes tinham algum tipo de responsabilidade pelo que estava sendo dito.

Coates ainda identificou, em sua pesquisa, um tipo de resposta mínima (*minimal responses*) - ex. *sim*, *humhum*, indicando que os falantes estão envolvidos, presentes ao encontro. No entanto, as mesmas respostas, quando realizadas em contextos diferentes, têm significados também diferentes. Em sua pesquisa, esse tipo de resposta mínima tinha um significado de “*eu estou aqui*,

compartilhando com você”. Quando o piso é individual (*single*), a mesma resposta mínima pode significar “*eu estou aqui esperando a minha vez de falar*”.

Os conceitos de *estrutura de participação* (Philips, 1972), *estado da informação* (Schiffrin, 1987), *esquemas de conhecimento* (Tannen & Wallat, 1998), *estoques de conhecimento* (Peräkylä e Vehviläinen, 2003), *enquadre* (Bateson, 1972; Goffman, 1974; Gumperz, 1982; Tannen & Wallat, 1998), *footing* ou alinhamento (Goffman, 1998) e *piso conversacional* (Shultz, Florio e Erickson, 1982; Edelsky, 1993; Coates, 1996 e Hak e de Boer, 1995; 1996) são fundamentais em nossa análise, pois eles nos possibilitarão mostrar a co-construção discursiva no curso da entrevista psiquiátrica. Durante a entrevista, médico e paciente podem estar operando em diferentes enquadres, desempenhando papéis sociais diferenciados, estabelecidos de acordo com suas necessidades interacionais e de acordo com as metas específicas para o tipo de encontro institucionalizado.

Parece-nos assim imprescindível indicar o que ocorre na interação, compreendendo a estrutura organizacional e de participação social em que o discurso emerge. No contexto da entrevista psiquiátrica, embora os participantes tenham papéis socialmente (pré) estabelecidos, há uma alternância na distribuição das posições de falante e ouvinte, demonstrando que os participantes produzem diferentes interpretações quanto aos enquadres interacionais e mudanças dos mesmos durante a entrevista.

Consideramos que é preciso sempre contextualizar os dados para depois identificarmos os significados que foram construídos nas diferentes interações. Também deve-se enfatizar que talvez não seja possível identificar apenas um tipo de piso estabelecido pelos participantes em uma situação comunicativa, seja ela qual for. A dinamicidade dos encontros faz com que os arranjos estruturais mudem, os enquadres mudem e tudo tenha que ser rearranjado em função dos diferentes relacionamentos dos participantes.

Nesta pesquisa, o conceito de *footing* será utilizado como sinônimo de alinhamento e postura, e estará sendo relacionado aos papéis discursivos desempenhados pelos participantes (ex. ouvinte atento). O conceito de papel social cujo conceito de *footing* também se relaciona será utilizado como sinônimo de identidade.

2.2.2.4

Formulação de perguntas e respostas

Procurando descrever e complementar a noção de piso conversacional, a discussão sobre o modelo tríplice de perguntas freqüente nos encontros institucionais é fundamental.

Segundo Ainsworth-Vaughn (1997; 2001), o discurso da medicina é ritualizado de três maneiras **i)** o tipo de atividade de fala é predeterminado culturalmente; **ii)** a seqüência de fala é pré-traçada; e **iii)** a expressão (sentença) é rotinizada (p. 454). Esse traço ritualizado do discurso da medicina é representado discursivamente principalmente pelas perguntas que o médico faz quando está interagindo com o paciente. E as perguntas têm uma característica contraditória. Segundo a autora, uma pergunta direciona o outro participante a ser o próximo falante, o que é uma forma de controle, exercido por aquele que tem poder. De acordo com Ainsworth-Vaughn (op.cit.), há dois tipos de poder exercido pelo médico durante a entrevista: um deles está relacionado a quem fala, sobre o quê, e quando; o outro poder está relacionado às ações futuras – o paciente deve seguir as recomendações do médico (p. 454).

Nos termos de Mishler (1984), esse seria o modelo tríplice de pergunta, comum nos encontros institucionais nos quais a assimetria entre os participantes é bastante marcada. A entrevista reflete assim o modelo estrutural padrão do par interacional de estrutura tríplice: “*primeira pergunta do médico, resposta do paciente, próxima pergunta do médico*” (Clark & Mishler, 2001:13). Segundo Dillon (1990:54 apud Ainsworth-Vaughn, 2001), as perguntas são o principal recurso que os médicos e outros profissionais de saúde utilizam para se comunicar com os pacientes. É por meio delas que os médicos conseguirão obter as informações necessárias para estabelecer o diagnóstico e a terapêutica inicial. Ao paciente cabe, então, o papel de responder às questões propostas. O padrão P-R, portanto, evidencia o controle de alguém sobre um outro, não importando onde os participantes estejam. Além disso, algumas perguntas restringem o tópico da resposta porque direcionam o conteúdo da informação que deve ser fornecida (p. 462). No entanto, uma pergunta cede o piso ao outro participante e demonstra o interesse na resposta daquele que perguntou.

Como a entrevista é, também, um espaço de elicitación e checagem de informações, o médico deverá fazer inúmeras perguntas, buscando com elas identificar o paciente e seus problemas, o que significa dizer que, com as perguntas, o médico buscará informações que o ajudem a construir o diagnóstico e a determinar a melhor conduta terapêutica.

As perguntas feitas pelo médico durante a entrevista podem ser informativas ou confirmativas, a partir das contribuições do paciente. Algumas perguntas são realizadas com base na agenda (Mishler, 1984), informações que devem ser fornecidas para que o médico conheça a história do paciente, principalmente a história do seu sofrimento mental; outras perguntas são feitas a partir do que é dito pelo paciente, perguntas que têm principalmente a função de esclarecer as informações que são dadas pelo paciente.

As perguntas com foco determinado, realizadas predominantemente no piso conversacional “*fala um de cada vez*” (cf. Edelsky, 1993), conduzem a respostas que trazem o “perfil sociodemográfico” ou esclarecimentos solicitados pelo médico. O resultado desse tipo de par interacional pergunta/resposta é a construção de um retrato mais uniforme dos pacientes, principalmente no início da entrevista psiquiátrica. No curso da interação, o par funciona mais em função de esclarecimentos/confirmações do médico. Perguntas fechadas, a princípio, não possibilitariam um conhecimento mais aprofundado dos conflitos vivenciados pelo paciente.

As perguntas abertas, por outro lado, é que darão a possibilidade de surgimento da voz do paciente; embora tenham também propósitos do ponto de vista do médico, as respostas poderão trazer as experiências dos pacientes, resgatadas através de sua memória, tornando-os mais individualizados.

2.2.3

Narrativa, identidade e representação

“O sujeito reconhece-se na história que conta a si mesmo sobre si mesmo”
(Ricoeur, 1997:426)

Nesta seção, estarei discutindo os suportes teóricos sobre narrativa, identidade e representação porque eles são fundamentais para a análise das entrevistas que pretendo fazer. Primeiro, para compreender como as narrativas são co-construídas e o que elas ‘informam’ ou possibilitam conhecer sobre as identidades dos pacientes. Segundo, para conhecer quais são as representações do médico sobre o seu fazer clínico.

Em minha pesquisa, a relação entre identidade e narrativa é muito estreita, uma vez que estarei assumindo que é também pela narrativa que os sujeitos sociais constroem identidades, inseridas nos diferentes contextos interacionais. Estarei assumindo que a abordagem construcionista/construtivista para o estudo da identidade é a mais adequada em meu estudo na medida em que ratifica a dinamicidade das interações e a participação efetiva dos interlocutores – médico e paciente: *“os significados do discurso não são fixados matematicamente, mas sim contextualizados e compartilhados pelos falantes”* (Mishler, 1986:64). Postulo, portanto, que as identidades são variáveis e flexíveis e que elas são o produto de uma ação conjunta e de uma organização subjetiva da interação verbal. Acredito que, ao contrário do modelo essencialista e realista, a abordagem construtivista é a que mais permitirá compreender como os *selves* são elaborados através das múltiplas narrativas¹³ co-construídas na entrevista psiquiátrica, nos limites dos papéis sociais e interacionais/discursivos que tanto médico quanto pacientes estarão ocupando no encontro.

¹³ São também construídas crônicas, explicações e opiniões.

2.2.3.1

Narrativas: recapitulação de experiências

As narrativas interessam tanto à Linguística quanto à Sociologia, Antropologia, História, Psicologia/Psicanálise e a outras Ciências Humanas e Sociais¹⁴, na medida em que cada história contém e revela um universo social muito vasto do narrador, fornecendo informações sobre a formação social concreta do falante e, ao mesmo tempo, sobre a forma como indivíduos e grupos sociais específicos sofrem o impacto dos contextos sociais nos quais estão inseridos: *“a visão pragmática da linguagem situa as perspectivas subjetivistas no interior de um sistema intersubjetivo de convenções sociais”* (Costa, 1994).

Os estudos pioneiros sobre narrativas foram realizados por Labov & Waletzky (1967) e Labov (1972) nos quais foram apresentadas as características estruturais da narrativa. Segundo os autores, narrativa é *“um método de recapitulação de experiências passadas combinando uma seqüência verbal de orações a seqüências de eventos que (segundo se infere) ocorreram efetivamente”*. Os elementos estruturais da narrativa são resumo, orientação, frases narrativas, coda e avaliação.

No resumo, o falante/contador anuncia para o ouvinte o que está por vir, construindo duas ou três frases condensando o fato que será relatado:

Ex. *“Aconteceu uma coisa ao João ontem à noite.”*

Com apenas uma sentença, foi feito um resumo do relato, com a indicação de personagens e momento em que ocorreu. A seguir, é introduzida a orientação, com a qual apresenta referenciais básicos como lugar, tempo, personagem, elementos fundamentais para que haja compreensão por parte do ouvinte - é o momento de contextualização do evento:

Ex.: *“Eu tenho.. eu tenho um animal que só vive preso e ele não quer sair ele mesmo não sai.”*

Na ação complicadora (frases narrativas), é encontrada a seqüência temporal, que é uma sucessão cronológica dos eventos. Labov (1972) não analisa histórias futuras, histórias projetadas; ele estuda histórias passadas. Logo, as

¹⁴ Cf. Amado & Moraes Ferreira ([1996]2002).

seqüências narrativas sempre estarão no pretérito perfeito ou no imperfeito e são fundamentais para que o ouvinte construa as referências. É preciso, portanto, que haja uma lógica temporal que organiza a narrativa.

Ex.: *“E aí ele falou comigo, me insultou, me reprovou e me mandou embora.”*

Nesta asserção, é possível ver que há uma ordem de acontecimentos: 1) “ele falou”, 2) “me mandou embora”, pois o contrário não seria possível porque não teria lógica. Para Labov, para haver narrativa é necessário que haja pelo menos duas frases narrativas unidas por uma conjunção temporal. Se ouvirmos *“ela me bateu e eu bati nela”* estamos ouvindo uma história. A essa construção Labov dá o nome de narrativa mínima.

O coda (fecho) é a conclusão que pode vir ou não precedida de um elemento sintático conclusivo do tipo “então”, “logo”, “portanto”, com a qual o narrador fecha/termina o relato.

Ex.: *“Então ...quer dizer...ele fica dentro da gaiola.”*

A avaliação é considerada a parte mais rica da narrativa pois com ela o falante mostra o ponto, o porquê de estar narrando determinado fato/acontecimento. Embora não tenha posição fixa dentro da estrutura da narrativa, a avaliação precisa estar presente em qualquer relato, pois sem ela não temos uma narrativa. Com a avaliação, o narrador comunica seu ponto de vista.

Ex.: *“Ele tá ameaçado.”*

Segundo Labov (1972), uma narrativa completa começa com uma orientação, prossegue com a ação complicadora, é suspensa no foco da avaliação antes da resolução, conclui com a resolução e retorna o ouvinte para o tempo presente com a coda. A avaliação da narrativa forma uma estrutura secundária que fica concentrada na seção de avaliação, mas que pode ser encontrada de diversas formas ao longo da narrativa.

Os estudos realizados por Labov foram importantes porque serviram como ponto de partida para qualquer análise de narrativas. No entanto, estudos realizados na perspectiva da sociolinguística apontam que identificar a estrutura de uma narrativa não é suficiente porque não contempla uma visão integrada que possa explicar, por exemplo, os papéis discursivos do narrador, a participação do

ouvinte como co-construtor da história, enfim, o dinâmico e integrado processo de narrar.

Nessa perspectiva sócio-interacional, surge o trabalho de Linde (1993), lingüista e antropóloga, que faz uma pesquisa sobre “histórias de vida”, identificando que é na avaliação que se encontra o *locus* da mais importante ação social e comunicativa. Linde afirma também que a função central da avaliação é representar o sujeito positivamente, ou seja, sob uma luz favorável, alguém que esteja em conformidade com os padrões sociais, com comportamento adequado, portanto, ao meio social em que está inserido. Para Linde, quando os sujeitos estão contando uma história, construindo ao mesmo tempo uma imagem conveniente, eles estão ao mesmo tempo indicando que pertencem a um determinado grupo.

Os dados analisados neste trabalho inserem-se na perspectiva sócio-interacional apresentada por Linde. A autora faz uma crítica a Labov, afirmando que a abordagem estrutural da narrativa é importante para identificar as unidades, entender as partes e especificar as dimensões de variação do discurso, mas não provê as ferramentas para o entendimento do uso do discurso ou para entender por que alguém diz alguma coisa.

Neste trabalho, procurarei ir além das estruturas narrativas. Busco entender o que os pacientes dizem e por que dizem, quais são os papéis discursivos assumidos pelos participantes e qual é a participação do médico quando aos pacientes assumem o papel de falante principal.

De acordo com Linde (1993), a avaliação, que pode estar em qualquer lugar da *narrativa*, é maneira de o falante mostrar o ponto da história ou de mostrar que vale a pena ser contada – é o motivo de algo estar sendo narrado. Em termos da interação, a avaliação é a parte da narrativa que mostra aos interlocutores como a narrativa deve ser compreendida e que tipo de resposta o falante espera (cf. Ribeiro e outras, 1995:55).

Linde trouxe contribuições muito importantes para o estudo das narrativas inseridas nas histórias de vida com a distinção entre narrativas, crônicas e explicações.

As *narrativas* são caracterizadas conforme a proposta de Labov: resumo opcional (i.e, prefácio), orientação (os personagens, o tempo, o lugar e as

circunstâncias), as orações narrativas (o esqueleto da ordem dos eventos), a coda opcional (que assinala o fim da narrativa). Além disso, as narrativas têm avaliações que indicam por que faz sentido contar aquela história. As avaliações expressam as visões que os narradores têm do mundo e deles mesmos. Existem algumas formas lingüísticas que expressam avaliação: **i)** opinião, julgamento: “Isso foi ótimo”; **ii)** repetição: “Ele negou, negou, negou, não parava de negar”; **iii)** escolha lexical: “Finalmente, conseguimos terminar de fazer o exercício” em oposição à “Terminamos”, dentre outros. É possível também, segundo Linde, que as avaliações sejam expressas com recursos paralingüísticos.

As *crônicas* implicam uma seqüência de eventos que não têm um único ponto avaliativo unificado. Nos eventos, há uma ordem da narração, mas os outros elementos (resumo, orientação e coda) estão ausentes. A crônica contém os eventos narrados e uma avaliação de um único evento, i.e., a avaliação não se refere à seqüência toda. As crônicas podem não ser avaliadas porque a razão para que sejam contadas muitas vezes são explícitas para os participantes, já que as crônicas são usadas quando uma informação está sendo solicitada (cf. Moita Lopes, 2002). As características estruturais da crônica seriam as seguintes: **i.** a ordem da narração deve ser entendida como a ordem dos eventos: primeiro casou, depois teve filhos, e assim por diante; **ii.** não há resumo, orientação, coda ou conclusão; a estrutura consiste na narração de eventos em seqüência; **iii.** na crônica, a avaliação é sobre eventos isolados, não sobre toda a seqüência; mas pode não haver material avaliativo na crônica.

Finalmente, a explicação consiste de uma afirmação que tem que ser comprovada. Para isso, é seguida de uma seqüência de razões para tal afirmação. As explicações são iniciadas com uma afirmativa de alguma proposição a ser comprovada, seguida de uma seqüência de declarações de razões (freqüentemente razões encaixadas) sobre o porquê de se acreditar na proposição.

A outra contribuição de Linde (1993) para o estudo das histórias de vida refere-se ao “sistema de coerência” que é definido pela autora como “*um artifício cultural global para estruturar a experiência em uma narrativa compartilhada socialmente*”. Esse artifício fornece um sistema de crenças ou relações entre crenças usadas pelos sujeitos para construir significados ou determinar o que é contrário às regras, ao senso comum. Sistema de coerência, portanto, é um

conjunto de regras que organizam o mundo em diferentes perspectivas - social, cultural, histórico. Segundo Linde (op.cit.) sistema de coerência é um sistema por meio do qual as ações narradas podem ser compreendidas e justificadas (p. 190)¹⁵.

A proposta de Linde, em *Life Stories*, em uma perspectiva sociolinguística e antropológica, é a de fazer uma análise discursiva enquanto prática social, cultural e histórica (cf. Foucault, 2001). A análise discursiva, para ela, não pode e não deve ser a análise de formas linguísticas. Sua proposta consiste em relacionar a estruturação linguística com o sistema cultural e histórico de coerência, em uma articulação da Linguística com as Ciências Sociais (Linde, 1993:224).

Segundo Linde, as narrativas têm um potencial reflexivo pois, a partir delas, é possível falar do passado – do que aconteceu – no presente, propiciando a análise e reflexão sobre o que está sendo dito. Quando narra, o falante pode se auto-criticar com o ato de trazer para o momento presente uma ação passada, reproduzindo-a para compreendê-la melhor.

Os estudos que têm sido feitos sobre as narrativas são justificados por elas serem a forma apurada da subjetividade humana, ou seja, a narrativa é um gênero discursivo básico e essencial para a caracterização das ações do sujeito. Além disso, a forma narrativa organiza as nossas experiências: “*organizamos nossas memórias, intenções, histórias de vida, e idéias sobre nós-mesmos e sobre nossas identidades pessoais em padrões de narrativa* (Moita Lopes, 2002:143). Portanto, deve-se tentar compreender como nós, sujeitos sociais, históricos, culturais, estruturamos as experiências que são continuamente vividas.

2.2.3.2

Identidades: imagens em construção

Outro assunto que tem despertado a atenção de pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento é a questão da identidade. “*Quem somos no seio da vida social*” é uma pergunta que inúmeros especialistas tentam responder.

¹⁵ Os sistemas de coerência são artifícios para estruturar a experiência em uma narrativa. Eles fornecem um sistema de crenças ou relações entre crenças usadas pelas pessoas ao construir os significados ou para decidir o que é contrário a um cânone cultural ou não. Os sistemas de coerência baseiam-se no senso comum (cf. Moita Lopes, 2002:150).

No âmbito da Sociologia, Goffman (1975, 1980) afirma que a ‘*representação do eu*’ é construída a partir do mundo social que envolve o indivíduo, no qual este exerce um papel interacional e discursivo, que pode ser sustentado ou não pela audiência, tal qual o ator com o seu público¹⁶. Para o autor, a questão da identidade – forma pela qual os interlocutores se apresentam/representam - evoca tanto a qualidade do que é idêntico, igual, como a noção de um conjunto de caracteres que fazem reconhecer um indivíduo como diferente dos demais.

Um dos objetivos de Goffman (1998), apontado em seu texto “*Footing*”, é o de analisar o desempenho das identidades sociais e lingüísticas dos participantes engajados em uma situação de interação face a face: como essas identidades emergem, como se constituem no discurso e como afetam de forma sutil, porém definitiva, a interação em curso (p. 70-71).

Velho (1989), no âmbito da Antropologia, retoma a clássica discussão que atravessa o pensamento ocidental sobre a elaboração da identidade social e individual. Perguntas como “*Como se pode ser sujeito no mundo? Tenho um self independente da visão que os outros têm de mim? Sou o somatório dos diversos papéis que desempenho? O que é comum a uma geração e a um grupo? Como se relacionam subjetividade e sociabilidade?*” (p. 21-22) são freqüentes:

“A identidade se constrói, classicamente, por contraste com outros indivíduos e/ou grupos. A subjetividade, a vida interior, as opções mais íntimas são marcadas por um ethos em que a sociabilidade assume um tom caracteristicamente marcante. A cultura subjetiva dos indivíduos entrevistados só pode se desenvolver em função de sua interação com um grupo de eleitos. É neste espaço que torna-se possível implementar os mecanismos de sociabilidade que, por sua vez, são fundamentais para a elaboração da subjetividade” (p. 88-89).

Ainda não temos todas as respostas para as perguntas que têm sido feitas sobre subjetividade e sociabilidade. No entanto, estudos apontam que a subjetividade é produzida no/pelo ambiente, pelo contexto. É na interação, na sociedade, na cultura que construímos nossa subjetividade. Daí ser impossível

¹⁶ O indivíduo se configura ao mesmo tempo como personagem e ator-personagem de uma história que ele mesmo constrói e que, por sua vez, o vai construindo como autor (Signorini, 1998).

dissociar subjetividade e sociabilidade: “*Aqueles que não são o que somos define quem somos*” (Said, 1978 apud Edley & Wetherell, 1997).

A construção de identidades como um processo é referida em Giddens (2002) quando afirma que, na sociedade moderna¹⁷, o eu é frágil, quebradiço, fraturado e fragmentado e que encontrará sua identidade nos fragmentos do discurso (p. 158). Encontramos essa mesma concepção de identidade em Moita Lopes (2002). Segundo o autor, as identidades sociais coexistem, ao mesmo tempo, na mesma pessoa (p. 15-16):

“as percepções têm alterado como nunca a concepção homogênea da identidade social e têm levado a nos entendermos como heterogêneos e, ao mesmo tempo, fragmentados, e construídos em práticas discursivas situadas na história, na cultura e na instituição” (cf. Bruner, 1997)

Segundo Moita Lopes (op.cit.) três são os traços característicos das identidades sociais: **i)** fragmentação - a natureza fragmentada das identidades sociais se refere ao fato de as pessoas não terem uma identidade social homogênea: as identidades sociais são complexas: gênero, raça, classe social, sexualidade, idades etc coexistem na mesma pessoa (cf. Bruner, 1997); **ii)** contradição, e **iii)** processo - as identidades sociais não são fixas, estão sempre em processo: “*se (re) construindo ao fazermos o significado compreensível para o outro*” (p. 62-63).

Enfatizando o caráter não permanente da identidade, Signorini (1998:42) afirma também que ela é co-construída e não fixa. Para a autora, as identidades estão em *permanente estado de fluxo*. A identidade é, portanto, variável e flexível (cf. Widdicombe, 1998:192). Contrária a uma concepção essencialista-realista preconizada pelo modelo tradicional de identidade, a visão de identidade como em *permanente estado de fluxo* é uma visão construtivista, e é essa visão que está sendo assumida neste trabalho (cf. Moita Lopes & Bastos, 2002; Moita Lopes, 2002).

¹⁷ Para Giddens e Pierson (2000), o mundo moderno situa e contextualiza as tradições como contextos alternativos de tomada de decisões e como fontes alternativas de conhecimento, valor e moralidade (p. 20).

O conceito de identidade, portanto, que será utilizado neste trabalho é o de “um processo contínuo de apresentação do eu na interação” (Goffman, 1998).

2.2.3.3

Narrativa e identidade

O vínculo existente entre narrativa e identidade foi apontado por vários autores, de diferentes áreas do conhecimento.

No âmbito da sociolinguística, a relação entre narrativa e identidade foi indicada, principalmente, por Schiffrin (1996). Para a autora, a construção de narrativas contribui para a construção da identidade como um constructo social, situando o narrador como alguém localizado tanto num momento interacional determinado quanto num mundo social e cultural mais amplo. A representação de uma experiência passada está situada globalmente, a partir do conhecimento sócio-cultural do narrador, e localmente, através do “aqui-agora” da interação com a audiência (cf. Linde, 1993; Brockmeier e Carbaugh, 2001)¹⁸.

Para Schiffrin (op.cit.), as narrativas são um recurso para mostrar o *self* e a identidade: as narrativas permitem conhecer os traços de personalidade daquele que conta a história. **Essa apresentação do self localiza o sujeito num mundo social e cultural, revelando identidades sociais.** Nessa apresentação, o falante irá escolher a “imagem” que quer ter, como ele quer ser “visto” naquele momento interacional específico:

“Identidades sociais envolvem, no curso da interação, a imagem que os interlocutores querem assumir no curso de uma atividade específica, ou seja, como o falante quer participar da interação – o falante deve avaliar qual é compatível com a situação, o que é coerente.” (Ochs, 1993:298)

A partir da análise das narrativas e dos recursos lingüísticos e textuais utilizados pelas narradoras, Schiffrin (op.cit.) conclui que, por meio da linguagem narrativa, cria-se o “mundo da estória”, no qual o narrador se posiciona em uma

¹⁸ “Os si-mesmos não surgem sem raízes, em resposta apenas ao presente; eles também adquirem significado através das circunstâncias históricas que moldaram a cultura da qual eles são uma expressão” (Bruner, 1997:115).

matriz cultural de crenças e ações. Revela-se, assim, uma identidade social localmente situada: quem somos no mundo da história narrada e da interação socialmente situada. Para Bruner & Weisser (1995), a mente é formada pelo ato de invenção do ser, ou autoinvenção, a partir do qual definimos o mundo, nossa atuação no mundo e o modo como conhecemos o mundo, o que significa dizer o modo como conhecemos nós mesmos (p. 158).

Em Ribeiro (1995), encontramos o termo “*gestão da identidade*” que corresponde aos processos de (re)construção e de atualização de identidade pessoal. Para a autora, ouvir e acompanhar os sujeitos/narradores das histórias de vida representa, pois, uma possibilidade de descobrir as práticas sociais a partir das lógicas que sustentam tais histórias, das significações que lhes subjazem, descobrir a sociedade e a cultura, a partir de dentro, i.e., da forma como os indivíduos, na sua vida cotidiana, delas se apropriam, as assumem e (re)criam. Tais indivíduos, pertencendo a grupos sociais diferentes, têm não apenas histórias diferentes para contar, mas constroem também formas diferentes de contá-las, em função de distintas lógicas subjacentes. Sobre essa *instabilidade*, Ricoeur (1997) concorda que a identidade da narrativa não cessa de se fazer e de se desfazer. A cada história narrada, os sujeitos recontam, contando, assim, uma nova história, pois, para o autor, é sempre possível tramar sobre nossas próprias vidas intrigas diferentes ou até mesmo opostas, o que faz com que os relatos passem a ser outros. Para ele, portanto, a identidade na narrativa não é uma identidade estável e sem falhas – os sujeitos estão constantemente construindo novas histórias (p. 428).

Também para Schifffrin, identidade é uma categoria não fixa, construída no contexto: “*as identidades são recriadas em função dos contextos interacionais nos quais estão inseridas.*” Edley & Wetherell (1997) corroboram com Schifffrin quando afirmam que o *self* é formado nas interações porque é reconstruído a todo momento, inserido em contextos discursivos específicos e distribuídos em contextos sociais. Silva e outros (2000) também manifestam a concepção de identidade como algo reconstruído:

“As identidades não são nunca unificadas; elas são, na modernidade tardia, cada vez mais fragmentadas e fraturadas; elas não são nunca singulares, mas multiplamente construídas ao longo de discursos,

práticas e posições que podem se cruzar ou ser antagônicas. As identidades estão sujeitas a uma historicização radical, estando constantemente em processo de mudança e transformação” (p. 108).

Velho (1989), no âmbito da Antropologia, a partir do estudo de alguns relatos sobre histórias de vida, adquiridos com questionários, afirma que nos depoimentos há uma visão de biografia: *“as pessoas se vêem como personagens de histórias de que foram, até certo ponto, sujeitos”* (p.76). O antropólogo verificou, nos depoimentos, que há assuntos como sucesso, o fracasso, a felicidade, o sofrimento, a carreira, o casamento, o sexo, a família que são muito freqüentes. Nesses relatos, Velho (op.cit.) observou que, ao mesmo tempo em que o foco está no narrador, quando ele narra sua própria experiência, tais relatos refletem certas preocupações sociais, evidenciando uma certa consciência sociológica. Além disso, para o antropólogo, a análise das histórias de vida é uma oportunidade de refletir sobre como se elabora a subjetividade:

Pode-se afirmar, portanto, que as histórias também são contadas de maneira diferente também em função dos interlocutores – construímos histórias diferentes porque queremos estar diferentes para os outros que nos ouvem: detalhes são omitidos ou acrescidos, partes da história são cortadas, enfim, procurarmos adaptar as nossas histórias em função também, e talvez, principalmente, daquele que está diante de nós, como os ouvintes delas. Além disso, é possível que, enquanto narramos nossas histórias, fiquemos atentos à maneira como o interlocutor as ouve: se demonstram maior ou menor interesse, se demonstram atitude colaborativa ou não. Em função desse comportamento, é possível que tenhamos que mudar a maneira como estamos contando os nossos relatos. Certamente, é o contexto interacional que em muito determinará a forma como a história será narrada.

Com uma abordagem de análise interacional do discurso, um dos meus objetivos nesta pesquisa não é o de fazer uma análise das narrativas a partir do modelo estrutural proposto por Labov (1972). A partir de uma abordagem que inclui o ouvinte como participante ativo no processo de construção do discurso do outro, **meu interesse é o de compreender como as histórias foram co-construídas nas entrevistas psiquiátricas analisadas a partir dos enquadres institucionais estabelecidos pelo médico e na medida em que, com a**

“recapitulação de experiências” feita pelos pacientes, poderão ser construídas identidades ou retratos com os quais eles, os pacientes, querem ser reconhecidos.

Minha proposta, portanto, é ver como as diferentes histórias são co-construídas¹⁹ no contexto das entrevistas e quais identidades são conhecidas a partir de valores, vivências e experiências. Além disso, que novas identidades estarão emergindo neste novo contexto - social, ideológico, histórico - no qual estamos todos inseridos, estejamos nós enclausurados ou libertos, sejamos nós pacientes ou agentes, objetos ou sujeitos de nossas próprias ações, “enfrentando os riscos e as oportunidades que nós mesmos criamos” (Giddens e Pierson, 2000:20)²⁰.

Apresento, a seguir, o último conceito com o qual estarei trabalhando nesta pesquisa – o conceito de representação social.

2.2.3.4

Representações sociais

“Representações sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou no conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a.”
(Jovchelovitch & Guareschi, 1998:89)

Na sociologia, o termo *representação* está relacionado ao conhecimento e à objetivação da realidade. Neste trabalho, é como sinônimo de conhecimento que será utilizado o termo *representação* para explicar quais são as representações – o conhecimento - que o médico – Dr. Oswaldo – tem da sua prática clínica - nos

¹⁹ A idéia de co-construção engloba colaboração, cooperação e coordenação (Cf. Jacoby & Ochs, 1995).

²⁰ Assim como Giddens, também encontramos em Bruner (1997) o princípio da *reflexividade humana*, entendido como a capacidade de o indivíduo moderno se debruçar sobre o passado e alterar o presente sob a sua luz (p. 96). Para Giddens, em seu texto *Modernidade e identidade* “A consciência reflexiva é característica de toda ação humana. Todos os homens monitoram as circunstâncias de suas atividades como parte do fazer o que fazem, e esse monitoramento sempre tem características discursivas. Em outras palavras, se questionados, os agentes são normalmente capazes de fazer interpretações discursivas da natureza e das razões do seu comportamento” (p. 39).

termos de Malinowski (1976), “o comentário a respeito da rotina”²¹. As representações do médico serão conhecidas a partir da análise das três entrevistas com ele que foram por mim realizadas. Com a análise, será possível fazer **um estudo sobre as reflexões do fazer clínico elaboradas pelo médico no que diz respeito à realização/concretização de entrevistas clínicas-psiquiátricas.**

A Teoria das Representações Sociais, advinda da Psicologia Social, proposta pelo psicólogo social francês Serge Moscovici no texto *A representação social da psicanálise*²², de 1961, consiste em considerar tanto os comportamentos individuais quanto os sociais (instituições, por exemplo) em sua concretude e singularidade histórica (Pereira de Sá, 1995: 20). O conceito de *representação social* de Moscovici (1961) tem origem no conceito de *representações coletivas* de Durkheim, do início do século, que procurava dar conta de fenômenos como a religião, os mitos, a ciência, as categorias de espaço e tempo etc. em termos de conhecimentos inerentes à sociedade (Spink, 1995:21). A concepção de *representação social* de Moscovici é bastante dinâmica, o que significa dizer que para ele os fenômenos sociais não são absolutos, cabendo “à psicologia social penetrar nas representações para descobrir a sua estrutura e os seus mecanismos internos” (Spink, op.cit.:23).

Assim, o termo *representação* pode ser compreendido como uma forma de conhecimento prático orientado para a compreensão do mundo. Segundo Moscovici (op.cit.), *representação social* é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos (p. 21); são expressões com caráter expressivo, elaborações de sujeitos sociais sobre objetos socialmente valorizados (Spink, 1995:118). E acima de tudo as representações sociais só podem ser compreendidas no contexto de produção intertextual: o texto socio-histórico e discursivo (Spink, op.cit.:121-122). A origem desse conhecimento é a compreensão de indivíduos que pensam juntos sobre os mesmos assuntos. Segundo Moscovici (apud Pereira de Sá, 1995), “os indivíduos não são apenas processadores de informações, mas pensadores ativos que

²¹ A discussão sobre *representação* poderia ter sido feita nos três níveis de análise propostos por Malinowski: prescrição/rotina, costume e comentário. No entanto, optei por analisá-la no terceiro nível, o **comentário** do médico sobre o seu fazer clínico.

²² Nesse trabalho, Moscovici discute como o público representa e modela a psicanálise e por que via se constitui a imagem que dela se faz.

produzem e comunicam incessantemente suas próprias representações e soluções específicas para as questões que se colocam a si mesmos” (p. 28).

Na área da educação, encontramos em Louro (1999) uma definição de *representação* enquanto “elemento” que constitui os sujeitos: “*Representações são apresentações, isto é, são formas culturais de referir, mostrar ou nomear um grupo ou um sujeito (...) as representações não são, contudo, meras descrições que “refletem” as práticas desses sujeitos; elas são, de fato, descrições que os “constituem”, que os “produzem”*. Nessa perspectiva, cabe indagar **como as representações produzem sentidos, quais seus efeitos sobre os sujeitos, como elas constroem o real** (p. 98-99).

Na antropologia médica (Laplantine, 1991; Herzlich, 1991), o termo *representação* é utilizado como sinônimo de idéia, interpretação/sentido e vivência. Em seu livro *Antropologia da doença*, Laplantine (op.cit.) tem como objetivo estudar os diferentes sistemas de representações veiculadas por um modelo ontológico da medicina de natureza mais freqüentemente física amplamente dominante em nossa cultura (p. 49). Para isso, Laplantine utiliza quatro diferentes fontes de pesquisa: **i)** entrevistas com os doentes, **ii)** entrevistas com os médicos, **iii)** literatura médica destinada ao grande público e **iv)** o texto literário. Estudando comparativamente os diversos discursos, Laplantine procura pensar globalmente a questão da saúde/doença e do papel assumido pela “biomedicina” na sociedade contemporânea, colocando em evidência o que a realidade empírica não diz. Também para Herzlich (op.cit.), “*Uma representação social, para mim, permite em princípio compreender por que alguns problemas sobressaem numa sociedade e esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de atores*”.

A teoria das representações sociais procura responder a algumas questões que envolvem o sujeito e seu mundo social: “*de que maneira os sujeitos constroem, pela ação e pela palavra, o mundo em que vivem*” (Jovchelovitch, 2000). Segundo a autora, a narração é um dos maiores instrumentos de que os sujeitos dispõem para organizar a experiência social. Nesse processo de organização das experiências, as narrativas, ao mesmo tempo, usam e formam as representações sociais. Mais do que isso, a construção de representações sociais

envolve, ao mesmo tempo, a construção de uma identidade e uma interpretação da realidade. Quando as pessoas constroem campos de representação, eles dão sentido à realidade, fazendo uma apropriação e uma interpretação dela. Quando fazem isso, eles dizem quem são, como entendem a si mesmos e a outros, como se situam no campo social. As representações sociais, portanto, expressam a identidade de quem está envolvido no “trabalho representacional”. Sendo assim, não há possibilidade de construção de identidade sem esse trabalho: *“assim como não há trabalho representacional sem um limite identificatório entre o Eu e o não-Eu. É no espaço de intersecção entre o Eu e o não-Eu que tanto as representações como as identidades emergem”* (p. 176-7).

Deve ser feita aqui uma reflexão a respeito do conceito de representação social para que tenhamos um aporte teórico que nos ajude a refletir sobre as representações do médico acerca da sua prática clínica.

Estarei também assumindo: **(i)** que a entrevista psiquiátrica é gênero do discurso institucional em que narrativas são co-construídas durante o encontro; **(ii)** que, para que o médico conheça o paciente, ele precisa dar a ele o espaço para falar sobre si mesmo; **(iii)** que cada história é uma história diferente, e que, portanto, é preciso respeitar as individualidades²³; **(iv)** que a narrativa é um recurso para exposição do *self*; **(v)** que a experiência subjetiva se constrói narrativamente; e **(vi)** que o ato de narrar não é um ato solitário, já que o ouvinte tem um papel ativo nessa ação.

Como já foi dito, o tipo de discurso institucional/profissional que será analisado neste trabalho é a entrevista clínica psiquiátrica. Sendo assim, é fundamental também fazer uma discussão a respeito desse gênero. No entanto, antes disso, farei uma breve caracterização do gênero entrevista, a partir, principalmente, de Grossen & Orvig (1998), Hak e de Boer (1995; 1996).

²³ Para Cavalcanti & Santos (1997), *“uma angústia não economiza a outra, isto é, a cada nova situação, novos riscos, novas decisões, novos encontros e desencontros, enfim, novo relacionamento terapêutico se inicia com a sua história própria”* (p. 191).

2.3

A entrevista clínica

2.3.1

O gênero entrevista clínica

Neste trabalho sobre a entrevista clínica como um tipo de discurso institucional e profissional, estarei assumindo que i) as normas comunicativas variam de acordo com as situações nas quais os interlocutores estão inseridos; ii) os atos lingüísticos fundam-se numa matriz social que é a base das interações dos indivíduos em sociedade; iii) a análise da participação discursiva dos sujeitos torna possível perceber como eles estão não simplesmente embutidos no contexto, mas ativamente envolvidos no processo de construção deste, através de intrincadas articulações colaborativas dos eventos em que estão engajados; e, por fim, iv) os sujeitos constroem e manipulam aspectos do contexto, e são por ele manipulados.

Para Grossen & Orvig (op.cit.), estudos sobre entrevistas clínicas (psiquiátricas, psicoterapêuticas e médicas) constituem um corpo heterogêneo de pesquisa. Alguns estudos estão mais voltados para a análise da conversa, examinando a sequência organizacional do discurso, outros têm o foco no conteúdo e na relação dinâmica estabelecida pelos interlocutores. Em função disso, não existe uma única forma para o estudo das entrevistas; há vários métodos que podem ser utilizados a fim de se tentar compreender esse tipo específico de gênero discursivo.

As entrevistas clínicas constituem um gênero na medida em que há regularidades: **i)** existem procedimentos clínicos envolvidos, **ii)** há assimetria institucional entre os participantes, e **iii)** falante e ouvinte constroem suas ações verbais voltados para um objetivo (mas não apenas um) – oferecer ao paciente melhor condição de vida (cf. Sullivan, 1983:14-15). Segundo as autoras, as características das entrevistas clínicas são: **a)** há uma agenda; **b)** o entrevistador tentará elucidar o discurso do paciente; e **c)** o significado é construído conjuntamente, cooperativamente.

Hak e de Boer, em seu texto “*Formulations in first encounters*” (1996), caracterizam três tipos de entrevista diagnóstica – investigatória, exploratória e colaborativa. O primeiro tipo, a investigatória, é mais freqüente, segundo os autores, na entrevista médica, e se caracteriza pela ausência de *formulations* ou, em outros termos, ausência de uma definição por parte do médico do problema do paciente. Nas entrevistas psiquiátricas, o tipo mais comum é a exploratória, uma vez que o entrevistador explorará as experiências de vida do paciente – todos os detalhes triviais que podem aparentemente não ter importância não são negligenciados. Para Hak e de Boer, nesse tipo de entrevista, também não há intenção do médico de formular uma definição profissional do problema do paciente porque essa definição não é formulada na entrevista em si. Em psicoterapia, cujo objetivo do entrevistador é traduzir os problemas apresentados pelo paciente em uma definição profissional do problema, o tipo mais comum é, segundo ele, a colaborativa. O profissional, portanto, procurará, a partir do problema trazido pelo paciente, chegar a uma primeira definição do problema apresentado (cf. Hak e de Boer, 1995).

Para Hak e de Boer, o tipo investigativo, nas entrevistas médicas, freqüentemente, é aquele em que o médico interrompe o paciente, buscando detalhes e informações técnicas sobre a doença, orientando, portanto, as contribuições do paciente (cf. Mishler, 1984). A estrutura tríplice P-R-P evidenciaria o controle exercido pelo médico durante o encontro com o paciente. Nos termos de Mishler (op.cit.), a voz da Medicina estaria se sobrepondo com seus conceitos técnico-científicos a voz do mundo de experiências do paciente. As interrupções bruscas e as transformações²⁴ do médico sinalizariam esse tipo de entrevista (Hak e de Boer, op.cit.:342-3). Os pacientes são apenas informantes.

O tipo exploratório de entrevista caracteriza-se pela não fragmentação como pode ser observado no tipo investigativo, ou seja, no exploratório, o médico procura explorar as informações fornecidas pelos pacientes, e o encontro se assemelha a uma conversa (p. 91).

No tipo colaborativo, o entrevistador ‘formulará o resultado’, a conclusão (*professional upshot*) da fala do paciente (p. 91-92). A assimetria da relação entre

²⁴ Transformações podem ser interpretadas como transformar o discurso do paciente no discurso da psiquiatria (p. 343).

os participantes tende a se diluir e o foco da interação parece estar no paciente, que estará mais livre para (re)construir suas experiências, seu mundo. Nos termos de Clark e Mishler (op.cit.), a reconstrução das experiências do paciente é, na verdade, um esforço conjunto entre ele e o médico. Nesse tipo colaborativo, é o médico que empreende o trabalho conversacional de juntar os fragmentos da fala do paciente de forma a torná-la compreensível (Hak e de Boer, op.cit.:352).

A seguir, apresento especificamente as principais características da entrevista psiquiátrica, o objeto de estudo desta tese.

2.3.2

A entrevista psiquiátrica

“O conhecimento das doenças é a bússola do médico; o sucesso da cura depende de um exato conhecimento da doença; o olhar do médico não se dirige inicialmente ao corpo concreto, ao conjunto visível, à plenitude positiva que está diante dele – o doente –, mas a intervalos de natureza, a lacunas e a distâncias em que aparecem como em negativo os signos que diferenciam uma doença de uma outra, a verdadeira da falsa, a legítima da bastarda, a maligna da benigna.”
(Guide Frier, 1789 apud Foucault, 1998:7)

2.3.2.1

Enquadres e tópicos na entrevista psiquiátrica

Naquele que foi o primeiro trabalho no Brasil de interface entre a Sociolinguística e a Psiquiatria, Ribeiro (1994) analisa duas entrevistas psiquiátricas - uma de entrada e outra de saída – de uma mesma paciente em crise psicótica aguda. Em sua análise, a autora utilizou dois conceitos que para ela norteiam a entrevista psiquiátrica: *enquadre*, para examinar a estrutura da participação social, e *tópico*, para examinar a estrutura do discurso.

A análise dos enquadre indica o que está sendo dado pela fala, em que atividade os participantes estão engajados e como o falante significa o que diz. Seria uma resposta para “*o que está acontecendo aqui?*”. Os enquadres, portanto, sinalizam o contexto da fala, oferecendo ao leitor/ouvinte um conjunto de

instruções de como entender as diferentes mensagens. Em sua pesquisa, Ribeiro estabeleceu dois grandes enquadres na entrevista psiquiátrica analisada. Um é o enquadre da entrevista proposto pela médica, o enquadre *institucional*: solicitação de informação e avaliação da adequação das respostas, solicitação de participação da paciente e direção/orientação da conversa. No enquadre institucional, portanto, os participantes seguem os papéis sociais prescritos de entrevistador-médico e entrevistado-paciente. O outro enquadre – o *peçoal* – é proposto pela paciente em crise psicótica: “A característica predominante do enquadre da crise psicótica é a fala da paciente como se fosse uma criança dirigindo-se à mãe” (p. 56-57). A análise mostrou que a paciente criou, a partir do enquadre que ela deu à entrevista, discursos consistentes e coerentes: “a noção de enquadre fornece um critério natural para estabelecer segmentos coerentes no discurso de uma falante que apresenta distúrbios de pensamento” (op.cit.:73) (cf. Ribeiro, 2001; Ribeiro e Pinto, 2000). Esse enquadre pessoal proposto pela paciente se caracteriza, portanto, por conter maior envolvimento e menor deferência.

Para examinar a estrutura do conteúdo da fala, o outro conceito utilizado por Ribeiro em sua pesquisa foi o de *tópico*. A análise do tópico discursivo, em sua pesquisa, mostrou como médico e paciente estabeleceram o significado referencial e como a coerência tópica foi mantida ou quebrada. Segundo a autora, a noção de tópico discursivo é complexa e muito pouco objetiva porque sua natureza é dinâmica (Ribeiro, 1994:52). A discussão de Ribeiro sobre o conceito de tópico tem como base os trabalhos de Venneman (1975), Keenan & Schieffelin (1976) e Schiffrin (1987).

Para Venneman (1975), o conceito de tópico está fundado em um modelo semântico-pragmático da linguagem. Segundo o autor, o tópico é um título (p. 75), e significa o referente de um dado discurso, a maioria fundado em experiências da vida real. Já para Keenan & Schieffelin, tópico é entendido como proposição e tem como base um modelo interacional de linguagem. Nesse modelo, o conceito de tópico é equivalente ao de ponto. Para os autores, durante as interações, os participantes estão monitorando ao mesmo tempo: **a)** *sobre o quê?* e **b)** *por que agora e para mim?*, respectivamente tópico e ponto (*point*), em que tópico estaria no nível semântico-pragmático, e *point*, no pragmático-interacional. Por fim, Ribeiro discute a abordagem de tópico de Schiffrin (1987).

Segundo a autora, há diferentes tipos e níveis de tópico – sua concepção expandida de tópico o colocam centrados **i)** na mensagem, freqüentemente em posição inicial na oração; **ii)** no código, com status de proposição; **iii)** no falante, tópicos subjetivos; e **iv)** na interação, tópicos intersubjetivos. Na proposta de Schiffrin (1987), há também a relação entre tópicos e conhecimento partilhado – os tópicos são vistos como informação dada e nova, informação partilhada por falante e ouvinte (Ribeiro, 1994: 60).

Segundo Brown & Yule (1983), a noção de tópico discursivo envolve a pergunta “*acerca do que se fala?*”. Apesar de não ter uma fronteira facilmente identificável, os autores afirmam que não é o enunciado que tem o tópico, mas sim os interlocutores, os *tópicos subjetivos* propostos por Schiffrin, que “têm” o tópico.

A discussão que envolve a questão do tópico discursivo deve ser retomada para a análise das entrevistas psiquiátricas. Ribeiro (1994) afirma que, em entrevistas médico-paciente, apenas o médico introduz tópicos, seguindo a agenda-padrão, na busca pela informação referencial, enquanto que o paciente assegura apenas a *continuidade* tópica ao colaborar com o desenvolvimento do tópico. O “poder” para introduzir/propor qualquer tópico é assegurado pelo papel que o médico exerce na interação, papel conferido pela instituição. Em seu estudo sobre a coerência do discurso psicótico, Ribeiro também utilizou a categoria subtópico que representa a informação nova, fornecida espontaneamente pelo paciente durante a entrevista psiquiátrica. Se nas entrevistas, a agenda orienta a seleção e introdução de tópicos, ao paciente cabe sustentar, se comportando adequadamente nesse encontro específico.

Neste trabalho, será analisado como o médico e pacientes se comportam selecionando, introduzindo e desenvolvendo tópicos.

É possível afirmar que *enquadre* e *tópico* são dois componentes importantes para a análise das entrevistas. A análise dos enquadres responde às questões: “*o que está sendo dado pela fala*” e “*como os participantes dão significado ao que dizem*”. A análise tópica permite examinar a estrutura de conteúdo do discurso. Além disso, uma análise tópica também permite que seja feita uma relação com as identidades, na medida em que o “*do que estou falando*”

pode ser relacionado ao “*como eu me apresento sobre (ou com) o que estou falando*”.

A partir dos diferentes enquadres estabelecidos nas entrevistas, o médico estará adotando diferentes procedimentos interacionais (ou papéis discursivos) em seu papel de falante e de ouvinte na co-construção do discurso. No papel de falante principal, ele utilizará perguntas, sejam elas objetivas, com um foco determinado, ou perguntas exploratórias, com o objetivo de propiciar aos pacientes que desenvolvam seus relatos que estarão relacionados aos tópicos da agenda: história pessoal, familiar, dentre outros tópicos (cf. Sullivan, 1983; Dalgallarrondo, 2000: 50; Portella Nunes e outros, 2001). Tais perguntas refletem as expectativas do médico, os seus esquemas de conhecimento. Segundo Clark e Mishler (2001), geralmente a entrevista tem uma estrutura rígida, com a incidência de perguntas do tipo sim/não (polares) ou com algumas alternativas fixas (p. 13). Tais perguntas restringem as respostas porque são limitadas a conteúdos específicos. Os pacientes, cumprindo o papel de informantes, devem responder às questões propostas, evitando acrescentar informações para que não sejam interrompidos com “ações corretivas” como repetições e reformulações de perguntas anteriores que restabelecem a agenda. Apesar disso, embora o médico esteja, de certa forma, seguindo o roteiro da entrevista clínica, solicitando informações que devem ser fornecidas pelos pacientes, essas informações são importantes para a construção do diagnóstico e para a condução do tratamento²⁵.

Mishler (1984, 1986, 1992, 1995, 1997), aquele mais enfatizou a questão da co-construção de narrativas nas entrevistas médico-paciente,²⁶ em seu texto *Research Interviewing: context and narrative* (1986), ressalta que a entrevista é uma forma de discurso, construído em conjunto pelos falantes, no qual os significados das perguntas e das respostas estão fundados no contexto e construídos também em conjunto pelo entrevistador e pelo entrevistado (p. 33-34). Mais especificamente em relação ao comportamento discursivo do médico, Mishler (1992, 1995) afirma que o psiquiatra, que tem o controle do tópico/da

²⁵ A entrevista deve ter um inquérito mínimo a partir do qual o médico poderá obter informações importantes: uso de drogas, traumatismo, efeitos da doença, dentre outros (Comentário feito pelo Prof. Benilton Bezerra como membro da banca durante o Exame de Qualificação em abril/2003).

²⁶ Quando o médico deixar de tentar encaixar as respostas dos pacientes em suas categorias convencionais eles verão emergir os si-mesmos humanos menos artificiais (Bruner, 1997: 100).

referência, também desempenha o papel de encadear as ações do paciente, e tais encadeamentos são feitos através de perguntas/pedidos de confirmação, explicação, informação que vão gerar as narrativas. Para o autor, o espaço cedido ao paciente deve ser cada vez maior para que ele possa falar sobre sua vida pessoal, pois é nesse momento que o médico poderá conhecê-lo melhor e, conseqüentemente, conhecer a história de sua doença, seu mundo de experiência.

Com uma proposta de reenquadramento da entrevista clínica que é definida como “*a arte de comunicar-se com o paciente*”, Clark & Mishler (2001) recuperam a crítica a uma medicina de base biomédica. Em uma abordagem sociológica da comunicação médico-paciente, os autores vão demonstrar como determinadas estruturas discursivas podem facilitar ou impedir a expressão das histórias dos pacientes (p. 12). Quando impedem a expressão do paciente, as entrevistas são estruturadas: “*uma estrutura típica, tríplice e repetitiva: primeira pergunta do médico, resposta do paciente, próxima pergunta do médico*” (p. 13), um modelo estrutural padrão - o par adjacente PERGUNTA-RESPOSTA (P-R), em que o médico detém o controle da interação no exercício de sua autoridade: uma pergunta impõe uma resposta (cf. Ribeiro, 2001:79). Segundo Ainsworth-Vaughn (1997; 2001), o discurso da medicina se caracteriza por ser pré-determinado: as seqüências das falas são previamente traçadas e a frase é rotinizada (p. 454).

Segundo Sullivan (1983), com as entrevistas, os profissionais de saúde mental tentarão descobrir “*as dificuldades obscuras da vida do paciente*” (p. 29). E, na grande maioria das vezes, o paciente responde às perguntas dos médicos porque as consideram relevantes. Os pacientes tendem a aceitar, sem questionamentos, as determinações dos médicos, seja no que se refere à conduta, ao comportamento, ou a qualquer orientação após terem sido relatadas as suas queixas. A resposta do paciente, no entanto, é efetivamente o espaço para que a narrativa aconteça²⁷. Se assim for, o paciente deixará de ser apenas um ‘recipiente’ havendo, portanto, uma mudança no contexto de interlocução: o paciente passa a ser agente do seu discurso, da sua vida, da sua doença. Quando o

²⁷Davis (1988) e Young (1989) (apud Ainsworth-Vaughn, 2001), afirmam que as histórias contadas pelos pacientes tinham pelo menos um objetivo: assegurar o *self* que tinha sido omitido pelo discurso institucional.

espaço da narrativa é propiciado e o médico participa colaborativamente (cf. Hak e de Boer, 1995; 1996), a entrevista psiquiátrica tende a se assemelhar a uma conversa²⁸, com a valorização do paciente como pessoa já que o pressuposto é que ele se conhece e tem muito a dizer sobre a sua história de vida: “*as histórias dos pacientes podem refletir as noções dos pacientes sobre suas doenças*” (Clark e Mishler, op.cit.: 12). Shuy (1983:22 apud Ainsworth-Vaughn, 2001) em sua pesquisa verificou que os pacientes se sentiam mais confortáveis nos encontros mais conversacionais.

Good (1994) também valoriza a construção das narrativas durante as entrevistas psiquiátricas, observando até que ponto a história vai retratar a experiência de vida do narrador-paciente. O objetivo é, portanto, descobrir qual é o papel que a narrativa desempenha na constituição/experiência subjetiva da doença: “*Quando a doença é transformada em narrativa, ela tem o potencial de acordar-nos para a sua convencionalidade e sua limitação, provocando uma resposta inovadora, revitalizando a linguagem e a experiência*” (p. 164-5).

Quando esses espaços para a narrativa são favorecidos, há uma integração entre o discurso da medicina e o discurso pessoal, e a entrevista deve ser analisada a partir dessa relação que se estabelece entre essas “duas vozes”, não havendo possibilidade de analisar uma sem a outra.

2.4

A caracterização da doença: o transtorno bipolar do humor

Na presente pesquisa, estão sendo analisadas duas entrevistas cujos pacientes apresentam quadro de transtorno de humor. Sendo assim, é fundamental para a análise apresentar a caracterização da doença.

Psicose é o termo que abrange os mais graves distúrbios mentais, como a esquizofrenia, a desordem bipolar (psicose maníaco-depressiva) e a psicose paranóica. O indivíduo em estado psicótico perde o contato com a realidade, apresenta distúrbios severos racionais e emocionais, que não estão abertos à

²⁸ Apud Ainsworth-Vaughn, 2001.

mudança por evidência contrária, bem como não tem praticamente nenhum *insight* sobre sua condição (Jaccard, 1979:21).

A *psicose maníaco-depressiva* ou *transtorno bipolar de humor* é um distúrbio afetivo que envolve a flutuação entre dois extremos: a mania e a depressão. No final do século XIX, Kraepelin (1921) criou o termo psicose maníaco-depressiva visando englobar “*todas as variedades das chamadas loucuras periódicas ou circulares, a mania, uma grande parte dos estados patológicos de melancolia e, também, um grande número de casos de demência*”. Mais tarde, o conceito se estendeu para abranger todos os casos de excesso afetivo.

Foi somente a partir da 6ª edição do *Tratado de Psiquiatria* que Kraepelin (1921) considerou a mania e a melancolia como uma única entidade nosológica²⁹ e, portanto, partes de um mesmo quadro patológico, ao qual ele denominou *loucura maníaco-depressiva*³⁰. A partir daí, Kraepelin, em seu *Manic-depressive Insanity and Paranoia* apresenta as seguintes características do comportamento psicótico:

- a) os pacientes não conseguem seguir sistematicamente uma linha de pensamento, “pulando” de uma idéia para outra, quando estão em estado de excitação;
- b) inicialmente os pacientes podem responder de forma adequada a uma pergunta, mas logo acrescentam inúmeros comentários paralelos com nenhuma ou pouca relação com o tema original, há fuga de idéias;
- c) o incansável desejo de aparecer faz com que queiram dirigir as conversas, interferindo e tentando atrair a atenção de todos;
- d) o paciente é extremamente racional para tecer argumentos que justifiquem seus atos;
- e) os pacientes falam muito rápido e alto, havendo grande verbosidade e prolixidade; usam expressões bombásticas; têm entonação peculiar; falam de si em terceira pessoa; usam expressões violentas, exclamações;
- f) o paciente não tem consideração com o desejo de comunicação das outras pessoas.

²⁹ Nosologia é a parte da medicina que trata da classificação das doenças.

³⁰ Antes dele, em 1851, o psiquiatra francês Jules Falret descreveu a *folie circulaire* e mais tarde, em 1863, o psiquiatra alemão Karl Kahlbaum criou o termo *ciclotimia* (=hipomania).

Sobre as relações entre *linguagem e pensamento* nos pacientes psicóticos, Mendels (1972) também coloca que os pensamentos dos pacientes maníacos mudam de um assunto para o outro tornando difícil manter uma linha definida de raciocínio. Além disso, a fuga de idéias da mania se manifesta não apenas em rápidas mudanças do conteúdo do pensamento mas também na rapidez da fala³¹. No meio da logorréia (rápida vocalização das palavras), há freqüentes piadas, tentativas de trocadilhos e associações por assonância.

Segundo Crowcroft (1971), tanto o pensamento quanto o comportamento refletem o estado de espírito eufórico: o paciente maníaco fala rapidamente e, quando está “alto”, seu discurso torna-se um vôo de idéias. As palavras ligam-se umas às outras por rima ou trocadilhos, ou pelo simples ruído que produzem. Além disso, o paciente maníaco é superativo e inquieto, e o volume de sua voz é alto.

De acordo com as *Diretrizes Diagnósticas da CID³²-10 para a Mania* (Portella Nunes e outros, 2001), o humor dos pacientes acometidos pela doença está desproporcionalmente elevado em relação às circunstâncias do indivíduo e pode variar de uma jovialidade despreocupada a uma excitação quase incontrolável. Além disso, há um aumento de energia, com hiperatividade, logorréia e diminuição da necessidade de sono. Dentre outros sintomas, também é apontado que o paciente tem a auto-estima inflada e a grandiosidade ou idéias superotimistas são livremente expressas (p. 128).

Tendo apresentado os conceitos teóricos que fundamentam este trabalho, a seguir apresento a metodologia desta pesquisa.

³¹ Goodwin & Jamison (1990) constataram que 98% dos pacientes maníacos apresentam fala acelerada (apud Dalgalarondo, 2000:194).

³² CID – Código Internacional de Doenças.

2.5

A metodologia da pesquisa

“Para conhecer certas áreas ou dimensões de uma sociedade é necessário um contato, uma vivência durante um período de tempo razoavelmente longo pois existem aspectos de uma cultura e de uma sociedade que não são explicitados, que não aparecem à superfície e que exigem um esforço maior, mais detalhado e aprofundado de observação e empatia”
(Velho, 1978:36-37).

Esta pesquisa é de natureza qualitativa e interpretativista (Gumperz, 1982; Erickson, 1998), de natureza etnográfica³³ - observação participante - (Malinowski, 1976; Geertz, 1989), considerando a fala contextualizada em interações entre médico e paciente e entre médico e pesquisadora. Os dados empíricos foram gravados em vídeo e foram feitas notas de campo, que incluem entrevistas com médicos, observação participante, dentre outras, tendo como objetivo estudar o comportamento verbal e não-verbal³⁴ (entonação, silêncios, pausas) no contexto específico de interação – a entrevista psiquiátrica.

A proposta de pesquisa etnográfica neste trabalho é de ordem teórica e metodológica. A microanálise etnográfica busca compreender como a interação está organizada social e culturalmente. Para Erickson (op.cit.), *“a microanálise proporciona uma visão holística do processo interacional e dos processos através dos quais a aprendizagem e as mudanças acontecem nos seres humanos”* (p. 223). Erickson (op.cit.) também postula que a análise deve levar em conta a organização do comportamento verbal e não-verbal dos participantes e como isso acontece simultaneamente durante a condução das interações.

Em um texto clássico sobre a visão interpretativa das culturas, Geertz (1989) traz reflexões sobre a pesquisa etnográfica afirmando que *“praticar etnografia é estabelecer relações, selecionar informantes, campos, manter um diário e assim por diante. Mas não são essas coisas, as técnicas e os processos determinados que definem o empreendimento. O que define é o tipo de esforço*

³³ O termo *etnografia* significa ‘escrever sobre o outro’.

³⁴ Nesta pesquisa, o comportamento não-verbal dos participantes é analisado apenas de forma complementar.

intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma ‘descrição densa’” (p. 15). Na ‘descrição densa’ referida por Geertz, uma noção tomada por empréstimo de Gilbert Ryle³⁵, está o objeto da etnografia: uma hierarquia de estruturas significantes produzidas, percebidas e interpretadas (p.17)³⁶. Fazer etnografia é, portanto, descrever uma cultura, com densidade, com profundidade, ostensivamente ou, utilizando uma expressão do próprio Geertz, fazer uma *descrição microscópica*, pois somente assim é possível interpretar o grupo que está sendo descrito.

Em uma pesquisa que busca dar conta do “empreendimento” de que nos fala Geertz (op. cit.), várias atividades foram por mim desenvolvidas durante quatro anos de pesquisa de campo dentro da instituição psiquiátrica. Dentre elas, destaco **i)** conversas informais com pacientes no pátio e notas registradas sobre o comportamento deles quando dividem o espaço com outras pessoas que freqüentam por motivos variados o IPUB; **ii)** observação participante: supervisões, sessões clínicas e grupos de recepção; **iii)** sessões de visionamento; **iv)** análise de prontuários; e **v)** entrevistas com o supervisor da equipe e com as médicas dos pacientes.

2.5.1

O contexto da pesquisa

O Instituto de Psiquiatria é uma instituição de ensino, pesquisa e atendimento, o que faz com que, dentre outros procedimentos, sejam realizadas entrevistas pelos psiquiatras enquanto o paciente está internado no hospital. Com as entrevistas, os profissionais de saúde mental contarão com mais um elemento que permita compreender/identificar a patologia apresentada pelos pacientes, confirmando ou refutando suas hipóteses para que possam indicar o melhor tratamento. Muitas entrevistas são levadas para discussão com outros médicos e

³⁵ Gilbert Ryle (1900-1976) - filósofo e integrante da Escola Inglesa de Oxford (Filosofia Analítica).

³⁶ O exemplo de Ryle é a imagem da piscadela: fazer etnografia é identificar os tiques nervosos, as piscadelas, as falsas piscadelas, as imitações e os ensaios das imitações.

supervisores, compondo a apresentação do caso clínico, dinâmica freqüente no Instituto³⁷.

As duas entrevistas analisadas neste trabalho foram realizadas pelo médico supervisor de uma das equipes de residentes do hospital. Elas foram feitas com um fim específico, que era o de evidenciar como efetivamente eram realizadas as entrevistas por um médico que tem a psicanálise como ferramenta importante em seu trabalho. Nesse sentido, pode-se afirmar que o médico, durante as entrevistas, tende a favorecer a fala dos pacientes, ajudando-os a representar discursivamente suas experiências de vida. É importante deixar claro, também que, para o médico, as entrevistas não são realizadas apenas para fins de demonstração na medida em que com elas o médico pode conhecer melhor os pacientes atendidos pelas médicas residentes que estão sob sua supervisão, avaliando, assim, a condução do tratamento (cf. Entrevista de Pesquisa 1).

As entrevistas analisadas nesta tese integram o acervo do Instituto de Psiquiatria enquanto instituto de ensino, pesquisa e atendimento. Portanto, as entrevistas poderão ser utilizadas pelos médicos na prática cotidiana para estudo com os residentes e com outros profissionais de saúde mental. Todo o material poderá também ser consultado pelos profissionais vinculados à instituição.

2.5.2

Conhecendo a instituição psiquiátrica

Inicialmente, comentarei sobre “a dinâmica do pátio”, lugar importante porque nele acontecem fatos que contribuem para enriquecer a pesquisa etnográfica. No pátio, histórias são contadas sem que haja qualquer preparação - somos interceptados por muitos pacientes que estão ávidos para serem ouvidos. Nessas histórias, estão inseridos os personagens, a ação, os desfechos que integram a vida de muitos daqueles sujeitos.

³⁷ O fato de o IPUB ser uma instituição de ensino, pesquisa e atendimento, onde as entrevistas públicas são uma rotina, deixa os pacientes acostumados à experiência.

2.5.2.1

Registro de observações e conversas informais com pacientes no pátio

O registro de notas de campo permite compreender melhor a instituição psiquiátrica e as diversas atividades que lá são desenvolvidas. Durante o ano de 2001 e 2002, participei com os pacientes internados ou não no IPUB da vida na instituição, seja essa vivência breve ou não. O contato com os pacientes no pátio e no quiosque do Ciro³⁸ de alguma forma facilitou o ambiente da pesquisa. De certa maneira, a interação com a instituição psiquiátrica em diferentes níveis permite conhecer o contexto, as relações estabelecidas ali, os próprios doentes psiquiátricos, seja em conversas com eles, seja observando sem interagir diretamente com os pacientes.

Desde que comecei a freqüentar o IPUB, e isso aconteceu pela primeira vez em 1997³⁹, observei o que acontece no pátio. É interessante perceber que nele estão pessoas de diferentes posições culturais, econômicas e sociais. No pátio, podemos encontrar desde parentes e amigos visitando os pacientes⁴⁰ até laboratoristas visitando médicos. Nesse lugar, muitas coisas acontecem:

Paciente: *Tia, paga um café pra mim?*

Perguntas como essa são freqüentes no pátio onde há um quiosque onde todos se encontram. Ali são vendidos lanches, cigarros, refrigerantes, dentre outros.

Tânia: *Hoje eu não tenho. Amanhã eu pago, tá?*

Ciro: *Você já não tomou café? Você não sabe que tem ordem para não pedir nada?*

Perguntas e respostas como essas também são freqüentes já que os pacientes são orientados a não pedir. O próprio dono do quiosque lembra essas

³⁸ Há uma cantina localizada no centro do pátio que é “administrada” pelo Ciro e por outros funcionários.

³⁹ Embora eu tenha iniciado meu curso de Doutorado em 2001 na PUC/Rio, comecei a freqüentar o IPUB em 1997/2º. quando cursei, como ouvinte, a disciplina *Sociedade e Saúde Mental*, ministrada pelos professores Sherrine Borges, Silvia Jardim, Paulo Gabriel Delgado e Octávio Drumond de Serpa Jr., do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental do Instituto.

⁴⁰ Nem todos os pacientes estão internados. Alguns integram o grupo do Hospital-Dia e realizam atividades de musicoterapia, oficina da palavra, dentre outras.

normas aos pacientes, embora elas sejam inúteis já que é impossível ficar ali sem ser “solicitado”.

Enquanto eu aguardo o início da supervisão (cf. 2.5.2.2), permaneço ora no pátio, ora no quiosque, ora perto dos bancos que existem ali. Sempre algum paciente se aproxima querendo conversar. Tenho curiosidade em saber o que eles têm a dizer, o que eles sentem, como eles vêem o Instituto, enfim, indagações como essas despertaram meu interesse por conhecer melhor os pacientes com os quais, de alguma forma, iria “trabalhar”. Suas vidas são em parte construídas ali, embora em “pátios” diferentes.

Em um desses dias da supervisão, uma paciente sentou-se ao meu lado e, sem que eu fizesse qualquer pergunta, ela começou a contar sua história que foi resumida da seguinte maneira: estava “quase boa”, foi casada, teve filhos e passou fome.

Rosa: *Eu já tô quase de alta. A doutora tá só esperando a minha voz melhorar. Eu já passei fome. Meus filhos também, doutora. O pai deles tratava a gente mal. Eu ficava com pena, mas eu não podia fazer nada. Meus filhos, doutora, eles passavam fome junto comigo.*

Enquanto contava a sua história, a paciente chorava. Relatou que, quando foi internada, estava trabalhando em casa de família e que, assim que saísse do hospital, iria procurar um emprego.

Rosa: *A senhora não sabe de alguém que esteja precisando de empregada não? Eu sei fazer de tudo: passo, lavo, cozinho, tomo conta de criança. Não quer ficar com o meu telefone? Meu nome é Rosa dos Anjos Romeu. 521-1348⁴¹.*

Só então compreendi o que a paciente quis dizer quando afirmou que a médica estava só esperando sua fala melhorar para que ela tivesse alta. A paciente falava tão rápido que às vezes eu não conseguia compreender. Era exatamente isso: sua fala estava acelerada e isso era um dos sintomas de sua doença, o motivo pelo qual ela ainda estava no Instituto. Em seu ponto de vista, assim que esse problema fosse resolvido, ela iria ter alta e poderia, assim, trabalhar.

⁴¹ Todos os nomes foram alterados a fim de que se preservasse a identidade dos envolvidos.

Tânia: *Vou anotar seu número aqui na minha agenda⁴².*

Rosa: *O nome da minha mãe é Júlia. Se eu não estiver, a senhora pode deixar o recado com ela.*

Ficamos conversando por um bom tempo. Mas a supervisão estava prestes a começar. Foi então que me despedi.

Tânia: *Olha, eu não vou poder ficar conversando com você porque meu professor chegou.*

Rosa: *A senhora não é professora, não é médica?*

Tânia: *Aqui eu não sou professora; sou aluna.*

Rosa: *Ah, sei. Mas olha, não se esqueça de mim. Se aparecer algum serviço a senhora liga para mim.*

Tânia: *Pode deixar.*

Eu já estava distante quando ela gritou:

Tânia: *Olha, não vai esquecer. Se aparecer alguma coisa...*

Eu não iria mesmo esquecer.

Há inúmeros outros casos, situações que eu vivi enquanto fiz a pesquisa de campo. No entanto, como tais casos não estão diretamente relacionados às entrevistas que estão sendo analisadas, não considero que devam ser relatados aqui.

2.5.2.2

As supervisões clínicas

Desde agosto de 2001, estive presente às supervisões do D^r. Oswaldo Silva, que acontecem todas as quintas-feiras, no horário de 8:30 às 10:30h (a equipe também se reúne nas terças-feiras, no mesmo horário) na Enfermaria II do IPUB. A equipe é formada pelo supervisor, por duas médicas residentes, por uma psicóloga do Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica e duas psicólogas da Terapia de Família. Não muito freqüentemente, estão presentes alguns alunos do D^r. Oswaldo, do curso de Graduação em Psicologia da PUC/Rio.

Existem várias equipes clínicas no IPUB. Todas elas se reúnem no próprio Instituto em dias e horários predeterminados. Tais equipes são supervisionadas por um médico psiquiatra mais experiente. Delas participam residentes, alunos da

⁴² Fiz isso para simular interesse, embora não pudesse ajudá-la a conseguir um emprego.

especialização, psicólogos, assistentes sociais, enfim, profissionais envolvidos de uma maneira ou de outra com pacientes psiquiátricos do IPUB.

As supervisões são realizadas com o objetivo de se discutirem os casos clínicos. Cada médico tem um número de pacientes predefinido⁴³, que recebem acompanhamento regularmente. Essas reuniões ocorrem para que os médicos tragam suas dúvidas a respeito dos procedimentos realizados, seja o diagnóstico, o tratamento ou qualquer outra dúvida. São discutidos os casos para que a equipe chegue a conclusões como troca/dosagem de medicamento, diagnóstico, melhora/piora/alta, enfim, tudo que esteja relacionado ao paciente.

A equipe ocupa uma pequena sala da Enfermaria II. Nela, há algumas cadeiras, um quadro sem apagador ou giz, uma mesa de professor/médico. O ambiente é muito pouco confortável⁴⁴. Às vezes, é preciso procurar cadeiras em outras salas. Às vezes alguns ficam em pé. Quando é possível, ficamos sentados em círculo. Frequentemente, o médico que acompanha o paciente o traz para conversar com a equipe. Mas nem sempre isso acontece. É possível também que o médico descreva o paciente e os problemas a ele relacionados, e a equipe discuta sem a presença dele. Nesses casos, o médico supervisor e a equipe já conhecem o paciente. Então, basta o médico contextualizar o caso do paciente antes do início da discussão. É possível também que o médico convide a família do paciente para o encontro com a equipe. Quando isso acontece, todos participam: família, paciente e equipe. Certamente, algumas decisões precisam ser tomadas em conjunto, como em casos em que o paciente, estando de alta, não tenha para onde ir e a família precise se responsabilizar pela saída dele do hospital. Há casos também em que a equipe busca entender um determinado comportamento do paciente a partir da voz da família, vendo a família como um retrato do paciente, do seu comportamento. Nesses casos, a equipe quer checar a informação dada pelo paciente com a informação dada pela família para que possa chegar a algumas conclusões.

⁴³ O número de pacientes para cada médico varia de acordo com a demanda da instituição.

⁴⁴ Apesar de o ambiente não ser o *melhor*, as discussões feitas são de enorme valor, tanto para os participantes quanto para os pacientes. O que vemos é uma equipe coesa em busca do *melhor* para aqueles que buscam o Instituto e precisam de algum tipo de atendimento psiquiátrico/psicoterapêutico.

Depois que a família e o paciente deixam a sala, a equipe conversa um pouco sobre o que foi discutido. Alguns comentários são feitos para que o grupo confira o que foi dito no sentido de excluir qualquer interpretação equivocada. O objetivo é que todos possam fazer comentários sobre o que foi dito a fim de que, a partir daí, possam ter um ponto em comum. Tal comportamento evidencia a coerência e a união de um trabalho em equipe.

Eu estive presente na discussão de vários casos que foram muito importantes para mim porque me ajudaram a compreender melhor algumas dinâmicas da supervisão. Não é possível comentar todos eles, embora todos tenham sido registrados. No entanto, um deles é especial.

2.5.2.3

ECT – “de volta à vida”

Cheguei ao IPUB atrasada nesse dia. Chovia torrencialmente. Foi difícil chegar à sala da supervisão em função das poças d’água que se espalhavam pelo pátio do Instituto. Quando passei pela Enfermaria II, os pacientes estavam no corredor já que, na parte descoberta, era impossível ficar. Não resisto e olho para os quartos dos pacientes. Vejo muitos “jogados” no leito, meio dormindo, meio acordados ou, quem sabe, quase mortos para o nosso mundo que nesse momento não é o mesmo que o deles.

Quando finalmente cheguei à sala da supervisão, só havia uma pessoa da equipe. O supervisor e todos os outros ainda não haviam chegado. Certamente a chuva foi a causa do atraso de muitos. Senti-me aliviada, pois deixei de estar atrasada em questão de segundos. Fiquei lendo um texto a exemplo da outra pessoa que fazia o mesmo silenciosamente. Passados alguns minutos, chegou uma das médicas da equipe. As duas começaram a conversar e eu não pude evitar ouvir, por motivos óbvios. Também não pude evitar participar da conversa já que, também por motivos óbvios, gosto de estar envolvida com o que acontece lá no Instituto. Gosto de ouvir as histórias, gosto de conhecer os pacientes e suas histórias de vida, mesmo sem “conhecê-los”. A médica falava sobre um deles. Ouvi a história pela metade porque desconhecia as informações compartilhadas por elas – ambas conheciam a vida do paciente que estava sendo comentada.

D^{ra}. Vivian: *Ele tem hora pra tudo, gosta de tudo arrumadinho; é capaz até de arrumar minha mesa quando ele vem para a consulta. Também não gosta das minorias: preto, judeu, mulher...Os comportamentos são julgados assim por ele: “mas era mulher, não era? Não podia, então, ser diferente”. Ele é extremamente preconceituoso e acredita que só o que ele faz está certo.*

As duas estavam comentando esse e outros casos quando um médico chegou na porta e perguntou se elas queriam ver um ECT. Elas aceitaram o convite. Fiquei curiosa e perguntei:

Tânia: *O que é ECT?*

D^{ra}. Vivian: *É choque.*

Fiquei impressionada com a resposta, pois, para mim, esse tipo de procedimento médico era coisa do passado. Mostrei minha surpresa e elas me explicaram quando e por que o tratamento de choque é dado⁴⁵.

D^{ra}. Vivian: *Eu tive uma paciente que não respondia a nenhum tratamento. Não comia, estava completamente ‘out’. Ela ia morrer porque não comia. Nesses casos, não há outra saída, a gente tem que entrar com o choque. Ele dura 4 segundos, mas não fica guardado na memória – a paciente não lembra que tomou o choque - , e ele também não compromete nenhuma região; é só mesmo para liberar algumas substâncias no cérebro para que a paciente comece a responder aos estímulos, ao tratamento.*

D^{ra}. Vivian explicou o que para ela é um procedimento comum e para mim é coisa superada. Mas, alguns minutos depois, fiquei convencida e certa de que, se fosse consultada, se tivesse um parente internado e na mesma situação, não iria recusar um tratamento desse tipo ou de qualquer outro que pudesse trazer o paciente de volta à vida, embora também questionasse o papel que a instituição desempenha no processo, ou seja, que condições a instituição oferece ao paciente para que ele não chegue ao extremo de um tratamento como o eletrochoque.

Tânia: *Mas a família tem que autorizar, não tem?* eu perguntei.

D^{ra}. Vivian: *Tem e a gente explica tudo isso que eu te expliquei. Foi só a gente usar o choque com essa paciente que ela melhorou. Em uma consulta, ela veio com o filho e disse que estava muito*

⁴⁵ Em um dia de supervisão, quando cheguei à sala, vi a seguinte inscrição no quadro de giz “ECT sem preconceito – perfil epidemiológico dos pacientes que realizam ECT no IPUB”.

bem, que queria saber que remédio eu tinha usado com ela. O filho foi direto: “mãe, a senhora tomou choque.”

D^{ra}. Vivian contou-me que, assim como eu, a paciente se surpreendeu quando soube que o eletrochoque a tinha trazido de volta à vida. Depois da explicação, D^{ra}. Vivian convidou-me para assistir ao procedimento. Eu imediatamente recusei, mas depois me arrependi. No primeiro momento, achei que não estava preparada para ver, que eu era apenas uma lingüista interessada no universo psiquiátrico, que eu não poderia contribuir com nada e que aquilo, finalmente, não era um espetáculo. Mas, depois, em nome do conhecimento que queria adquirir sobre tudo que diz respeito ao paciente psiquiátrico, quis ver. No entanto, era tarde demais. Quando fomos para a sala, a mesma já estava fechada, indicando que o procedimento já estava acontecendo. O que vi, então, foi a porta se abrir e, alguns minutos depois, sair de lá uma paciente deitada na maca, sendo empurrada pelo médico plantonista. Tudo indicava ter sido ele o agente do procedimento. Na testa da paciente, apenas uma marca vermelha mostrava que ali havia passado um fio que poderia prender a chave que abre as portas do mundo do qual apenas alguns fazem parte.

Todas as atividades que foram desenvolvidas por mim no IPUB, principalmente as atividades voltadas para as supervisões clínicas, certamente foram muito enriquecedoras e elucidativas, no sentido de terem contribuído para uma visão, embora restrita, do trabalho realizado na instituição. O trabalho de campo é imprescindível para a pesquisa que desenvolvo a fim de esclarecer o que pode e o que deve ser feito para conhecer, explicar e entender qualquer grupo social. Certamente, meu trabalho não termina aqui, pois muito ainda precisamos desvendar.

2.5.2.4

Sessões clínicas

Durante a pesquisa, assisti a algumas sessões clínicas, principalmente aquelas que tinham sido lidas por mim antes de serem apresentadas⁴⁶. Esses momentos eram particularmente importantes para a minha pesquisa porque permitiam que eu aprendesse muito sobre o estudo de casos específicos, analisados e interpretados por diferentes profissionais, cuja preocupação precípua era compreender o caso o mais amplamente possível; e se, essa compreensão era alcançada, a equipe responsável teria maior possibilidade para ajudar o paciente em seu sofrimento mental.

2.5.2.5

Grupo de recepção

No primeiro semestre de 2001, fui convidada por uma das psicólogas para participar do Grupo de Recepção⁴⁷ formado pela equipe do Dr. Oswaldo Silva às quartas-feiras à tarde no Ambulatório. Em função do meu horário na PUC/Rio⁴⁸, participei apenas de um encontro. No entanto, a experiência foi muito interessante porque pude conhecer um outro contexto interacional dentro do Instituto, um outro contexto de assistência médica-psicológica-psiquiátrica. Do Grupo de Recepção participam a equipe e os pacientes que chegam ao ambulatório procurando algum tipo de atendimento. Os pacientes contam suas histórias para o grupo. Depois que todos falam, os pacientes se retiram e a equipe discute os casos, tentando encontrar o melhor “caminho” para cada um deles. Os pacientes tornam a entrar e a equipe os encaminha para as diferentes atividades que são desenvolvidas no Instituto. Alguns deles são encaminhados a outras instituições⁴⁹.

⁴⁶ Depois de um longo tempo participando das supervisões, comecei a fazer revisão de alguns textos escritos pelos residentes antes de eles serem apresentados nas sessões clínicas.

⁴⁷ O Grupo de Recepção é um serviço de triagem oferecido aos pacientes que procuram o IPUB em busca de atendimento.

⁴⁸ Além de fazer parte, como aluna, do Programa de Pós-graduação da Universidade, trabalho na instituição como professora desde 1993.

⁴⁹ A equipe orienta os pacientes para que procurem atendimento próximo à residência.

Embora eu tenha participado de apenas um encontro, essa experiência foi muito importante porque permitiu que eu vivenciasse outra situação de atendimento, entrando em contato com outro tipo de assistência a pacientes com problemas de saúde mental.

2.5.3

Pesquisadores no Instituto - Sessões de Visionamento

Em 1997, quando entrei pela primeira vez no Instituto de Psiquiatria, cursei uma disciplina do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental. Fui nesse momento convidada pela Prof^a. D^{ra}. Branca Telles Ribeiro para participar das sessões de visionamento que eram realizadas na casa da Prof^a. Cristina Costa Lima. Nesses encontros, a equipe do Projeto Integrado coordenado pela Prof^a. Branca assistia às entrevistas gravadas em vídeo (entrevistas psiquiátricas com pacientes em crise) e fazia comentários sobre elas. O trabalho era bastante interessante porque podíamos ouvir opiniões de pessoas que tinham formações diferentes (lingüistas, psicólogos e psicanalistas), mas que tinham interesses comuns e que, por isso, integravam o mesmo projeto. Participei apenas de alguns encontros.

2.5.4

Documentos escritos

2.5.4.1

Análise dos prontuários

O que chamo de “vivência” está também relacionado à necessidade de conhecer a “vida institucional” do paciente, reproduzida no prontuário, objeto de estudo e análise de médicos que tentam compreender da melhor maneira possível e mais completamente a história de vida e da doença dos pacientes. Sabe-se que a forma institucional de conhecer o paciente dá-se também pelo prontuário, tentando-se observar a síntese do quadro clínico, a indicação do diagnóstico, a história do paciente contada pela família, enfim, todas as informações que, de uma

maneira ou de outra, contribuam para o melhor entendimento do paciente e de sua patologia.

2.5.4.2

Conhecendo o arquivo

O arquivo onde estão os prontuários é “controlado” por um funcionário. Fui até ele, apresentei-me e pedi para analisá-los. No entanto, apenas um dos prontuários dos dois pacientes que eu queria estava no arquivo. O outro, o funcionário não sabia onde estava. Enquanto pedia que ele fizesse uma busca, e essa busca foi bastante demorada, eu anotei do outro prontuário tudo que considerei relevante sobre o paciente. Todos os dados estão documentados. Mas faltava encontrar o outro prontuário. Um médico da equipe, em um dia de supervisão, orientou-me para que eu buscasse informações na Sala de Faturamento, no 2º andar de um dos prédios do Instituto. Indo até lá, mais uma vez apresentei-me e justifiquei meu interesse pelo material. A funcionária, então, anotou os dados. Alguns dias depois, eu voltei lá e, com o prontuário em mãos, fiz todas as anotações que pude. Todas elas também estão registradas. Tive a oportunidade, então, de analisar na íntegra os dois prontuários.

2.5.5

Entrevistas com o supervisor da equipe e com as médicas dos pacientes

Além das notas de campo, fiz três entrevistas – entrevistas de pesquisa - com o supervisor e duas entrevistas com as médicas da equipe⁵⁰. Meu objetivo com as entrevistas com o supervisor e com as médicas era entender a concepção que eles têm da entrevista psiquiátrica, principalmente para determinar o que os especialistas “ouvem” quando estão interagindo com o paciente. As duas entrevistas com as médicas da equipe que acompanhavam os pacientes também foram feitas para que eu pudesse obter mais informações sobre os pacientes

⁵⁰ As duas entrevistas realizadas com as médicas da equipe não compõem o *corpus* deste trabalho.

analisados. Todas as entrevistas também foram importantes porque propiciam conhecer melhor as interações entre médico e pacientes. Todas elas foram gravadas em áudio e por mim transcritas.

2.5.6

Refazendo o caminho – o processo de realização das entrevistas – a coleta de dados

A análise baseia-se em entrevistas psiquiátricas realizadas no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB. Tais entrevistas foram realizadas pelo supervisor responsável pela equipe. Enquanto os pacientes estão internados no hospital, eles participam de vários encontros com os médicos e com frequência também são trazidos para as supervisões para conversarem com toda a equipe, procedimento bastante comum na instituição. Em tais encontros, os profissionais tentam compreender/identificar a patologia apresentada pelos pacientes, confirmando ou refutando suas hipóteses para que possam indicar o melhor tratamento.

Apresento a seguir como se deu o processo de realização das duas entrevistas, realizadas no Instituto de Psiquiatria no mês de maio de 2002, que compõem o *corpus* principal desta pesquisa.

2.5.6.1

As gravações

Foi muito difícil falar com o D^f. Oswaldo sobre a minha necessidade de fazer as gravações. Eu precisava mostrar para ele que a minha experiência ali favoreceria meu trabalho de pesquisa, que a tese não era apenas análise de dados, enfim, que participar das supervisões também era muito importante, mas que sem dados eu não poderia levar adiante minha pesquisa. Finalmente, encontrei o momento certo. Conversei com o D^f. Oswaldo sobre a necessidade de iniciar as gravações. Ele mostrou-se bastante receptivo. Então, durante o mês de maio de 2002, foram filmadas as entrevistas desta pesquisa conduzidas pelo psiquiatra – D^f. Oswaldo, que é supervisor de equipe.

As duas entrevistas foram gravadas enquanto os pacientes estavam internados, o que é uma rotina comum da instituição como o IPUB por ser também uma instituição de ensino e pesquisa. A entrevista se constitui como um instrumento de que se vale o médico para ‘conhecer’ o paciente, embora não seja o único. As que foram realizadas pelo supervisor, embora tenham sido feitas com um objetivo específico, podem possibilitar ao médico conhecer melhor os pacientes que pode, a partir disso, verificar a evolução da doença e do tratamento.

A gravação das entrevistas foi feita em uma sala de áudio-visual onde há uma divisória para os monitores de vídeo e duas cadeiras – uma para o operador do equipamento e outra que foi ocupada por mim. Do outro lado da divisória, estão a câmera e duas cadeiras dispostas lado a lado, uma para o médico e outra para o paciente⁵¹. A câmera se mantém fixa em um único ponto, focalizando paciente e médico, para que não seja privilegiado qualquer um dos participantes (Erickson, 1996), mantendo-os em um mesmo nível.

Embora o espaço onde as filmagens foram feitas não seja o espaço por onde os pacientes normalmente transitam, e também pelo fato de eles estarem diante de uma câmera com o médico supervisor que não é o seu médico direto, e isso poderia causar um estranhamento, tais condições não interferem no curso das interações e na minha proposta de trabalho. Os pacientes, de uma maneira geral, já estão acostumados com esse tipo de situação, pois é tradição do IPUB fazer gravações de entrevistas que são utilizadas como objeto de estudos para os médicos, pela equipe clínica e por outros profissionais da instituição. As entrevistas que compõem o acervo do hospital são utilizadas para treinamento de outros profissionais.

⁵¹ Cf. Anexo 1 – Perspectiva da sala de áudio-visual.

2.5.6.2

A caracterização dos participantes

2.5.6.2.1

O médico

Dr. Oswaldo é Doutor em Psiquiatria pelo IPUB/UFRJ e é professor concursado e supervisor de uma das equipes que integram o Instituto. Além de integrar o corpo de professores do Instituto de Psiquiatria, Dr. Oswaldo faz atendimentos em consultório particular (cf. Entrevista de Pesquisa 3).

Dr. Oswaldo é psiquiatra, mas tem na psicanálise uma de suas ferramentas mais importantes, o que significa afirmar que ele valoriza a fala do paciente. Resumidamente, pode-se dizer que a psicanálise é a “cura pela palavra” (Bruner & Weisser, 1995:148). Ou nos termos de Corbisier (1992):

“A psiquiatria freudiana, se é que podemos nos permitir essa ousada denominação, é a que prioriza a escuta do sofrimento porque entre outras coisas é a que vê o delírio como tentativa de cura. É a que recupera a tradição socrática de que falar é bom e pode provocar alívio da dor psíquica” (p. 11).

O médico tem, aproximadamente, 40 anos, é casado e tem dois filhos. É o supervisor da D^{ra}. Mirela e da D^{ra}. Olga, respectivamente médicas do paciente José Mário e Vitor. D^{ra}. Mirela está no primeiro ano de residência no IPUB, e D^{ra}. Olga, no segundo ano.

2.5.6.2.2

Os pacientes

2.5.6.2.2.1

José Mário

O paciente da Entrevista 1, José Mário, tem 44 anos, é casado e tem dois filhos. É formado em Ciências Contábeis, mas não exerce a profissão. É carioca e mora em Santa Teresa.

Na entrevista que fiz com a D^{ra}. Mirela, a médica do paciente, ela afirmou que o paciente tem um histórico de mais de dez internações (em seu prontuário, consta a data da primeira internação: 26/12/86), sendo internado praticamente de dois em dois anos. Consta também em seu prontuário que o motivo da internação atual foi agressividade e uso abusivo de álcool.

A medicação prescrita em seu prontuário era Amplictil, Diazepan e Imepamina. Também em seu prontuário constam **i) DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO:** Síndrome depressiva; **ii) DIAGNÓSTICO INICIAL:** F 10 – Transtorno mental e de comportamento devido ao uso de álcool e F 31 – Transtorno do humor.

A entrevista foi realizada após duas semanas de internação.

2.5.6.2.2.2

Vitor

O paciente da Entrevista 2, Vitor, tem 44 anos e é solteiro. Estudou até a 5^a série. É cearense e mora em São Cristóvão com dois irmãos.

Em entrevista, D^{ra}. Olga afirmou que o paciente tem história psiquiátrica de três internações sendo esta a primeira no IPUB. Consta em seu prontuário que a primeira internação ocorreu aos 29 anos, quando apresentou quadro de agitação e agressividade.

A medicação prescrita em seu prontuário era antipsicótico, ansiolítico, estabilizador do humor. Também em seu prontuário constam **i) DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:** F 30: Episódio maníaco; **ii) HIPÓTESE:** F 31-1 (CID 10): Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos.

A entrevista foi realizada após dez dias de internação.

2.5.6.3

Abordagem dos pacientes

No dia 02 de maio de 2002, fizemos a primeira entrevista. Após a supervisão, D^r. Oswaldo perguntou a D^{ra}. Mirela se algum paciente havia se internado naqueles últimos dias e se estaria em condições de ser entrevistado. D^{ra}.

Mirela lembrou-se do José Mário. Acompanhei a abordagem – o paciente estava no pátio - e o conduzimos para a sala de filmagem do Instituto.

No dia 09 de maio de 2002, fizemos a segunda entrevista. Também depois da supervisão, o D^r. Oswaldo perguntou a D^{ra}. Olga se podíamos fazer uma gravação com um de seus pacientes que havia se internado naquelas últimas semanas. D^{ra}. Olga prontamente concordou, levando-nos ao encontro do paciente que estava internado na Enfermaria I. Quando lá chegamos, o paciente estava no pátio interno da enfermaria. D^{ra}. Olga fez as apresentações e perguntou se o S^r. Victor concordava em fazer a filmagem.

- Entrevista? De novo? Mas eu já fiz entrevistas várias vezes: fiz entrevista no Pinel, fiz entrevista aqui. Não quero fazer mais. Eu estou nervoso⁵², não tomei o meu remédio.

D^{ra}. Olga insiste muito, mas S^r. Victor não recua. Finalmente, depois de algumas insistências, D^{ra}. Olga faz uma troca com o paciente:

- Seu Victor, então se eu der o remédio, o senhor concorda em ser entrevistado?

- Concordo. Se eu tomar o remédio, eu filmo.

Então, D^{ra}. Olga foi ao Posto de Enfermagem e prescreveu a medicação. A seguir, após tomar o remédio, S^r. Victor foi encaminhado à sala de vídeo.

Enquanto esperávamos o D^r. Oswaldo, Victor conversou muito: falou de sua vida, cantou suas próprias músicas, falou da sua internação no Instituto⁵³.

Depois de ter narrado muitas histórias sobre sua vida e de ter cantado muito também, Victor disse que estava com sede porque já havia falado muito.

- Posso parar de falar? Estou cansado e minha garganta está seca.

- Claro, S^r. Victor, fique à vontade.

Foi a única coisa que eu disse ao paciente porque na verdade não estava sabendo lidar com aquela situação tão nova. Mas pensei em muitas outras coisas: será que o paciente não vai querer falar mais nada quando o médico chegar e perderemos mais um dia? Sobre o que falamos nessas horas? Basta ouvir?

⁵² Nesse momento, o paciente estica as duas mãos para mostrar que estava trêmulo.

⁵³ Toda essa conversa também foi filmada e transcrita. Embora não seja objeto de análise neste trabalho, consideramos que muitas informações nela contidas serão úteis para a compreensão do universo/da vida do paciente.

Finalmente o D^f. Oswaldo chegou e iniciou a gravação.

Meu contato com o paciente parece não ter terminado ali. Todas as vezes que o encontramos no IPUB, Vitor quer conversar, me apresenta como sua psicóloga e faz queixas sobre sua internação.

2.5.6.4

As entrevistas com o médico supervisor da equipe

Em meu trabalho de campo no IPUB, realizei três entrevistas com o supervisor da equipe – as entrevistas de pesquisa. Meu objetivo era claro – eu queria saber tudo sobre a entrevista psiquiátrica, sobre a sua maneira particular de entrevistar, sobre sua formação profissional, enfim, informações que eu precisava ter para, acreditava eu, entender melhor os dados que eu iria analisar nesta pesquisa.

Segundo Lüdke & André (1986), *“há uma série de exigências e de cuidados requeridos por qualquer tipo de entrevista. Em primeiro lugar, um respeito muito grande pelo entrevistado”* (p. 35). Levando em consideração esses cuidados, fiz contatos prévios, conciliei os horários e os locais de acordo com a disponibilidade do médico.

Entrevistar não é tarefa fácil. Apesar de todos os cuidados que tive para fazer as entrevistas com o médico, senti-me bastante desconfortável desempenhando o papel de entrevistadora. Como ela não é um gênero conversacional neutro, para fazer uma entrevista, é necessário que o entrevistado seja bastante cooperativo e o entrevistador seja bastante habilidoso. Além disso, o papel desempenhado pelo entrevistador é o de um certo poder sobre o outro, e o outro, nesta pesquisa, é alguém que também detém um certo poder. Como o médico lidaria com a situação de se expor em uma entrevista era uma questão que estava presente antes de qualquer outra.

Há também as relações de deferência, o grau de conhecimento que o entrevistador tem do entrevistado, sem mencionar a prática que o entrevistador deve ter para exercer tal tarefa. Há alguns textos que fazem referência às inúmeras dificuldades que o pesquisador encontra para realizar as entrevistas que de alguma forma fazem parte da sua pesquisa de campo. Em seu texto *O Nuer*,

Evans-Pritchard (1978) transcreve uma entrevista com um membro dessa tribo e mostra como os nuer são peritos em sabotar uma investigação, impossibilitando o pesquisador de obter informações sobre os fatos mais corriqueiros. O método nuer, segundo Evans-Pritchard, materializa a falta de vontade deles de cooperar com os etnólogos, até mesmo com os mais pacientes (p. 18-19)⁵⁴.

No campo das religiões afro-brasileiras, Silva (2000) aponta como é possível que em certos ambientes a entrevista seja autorizada, mas o conteúdo das perguntas seja limitado ao que pode ou não ser desvendado em função mesmo do “*contexto mágico*” dentro do qual as informações estão inseridas. Em seu texto *O antropólogo e sua magia*, Vagner da Silva mostra como foi difícil fazer entrevistas com os pais e as mães de santo dos terreiros que visitou para realizar sua pesquisa de campo:

“As entrevistas com os membros das religiões afro-brasileiras são difíceis de ser realizadas dentro da lógica acadêmica de apreensão do conhecimento, e há uma intensa negociação entre entrevistador e entrevistado sobre os conteúdos do que é dito, tendo por base o contexto religioso que geralmente o antropólogo ainda não conhece” (p. 45)⁵⁵.

Foi uma tarefa árdua encontrar um tempo livre na agenda do médico que está sempre lotada. Dr. Oswaldo está em permanente estado de atenção e cuidado com seus pacientes, com os residentes e com seus colegas médicos que o procuram freqüentemente para trocar experiências, dúvidas. *Um trabalho de pesquisa em um hospital psiquiátrico é difícil de ser realizado em função da própria dinâmica de um hospital psiquiátrico.* No entanto, Dr. Oswaldo mostrou-se bastante cooperativo para conversar comigo. A primeira entrevista, então, foi realizada na biblioteca do IPUB em maio de 2003.

⁵⁴ Para exemplificar, transcrevo parte da entrevista: “*Quem é você? Um homem. Como é o seu nome? Você quer saber o meu nome? Sim. Você quer saber o meu nome? (...)*”

⁵⁵ “*Não sei. Não vou te explicar, me desculpe. É feito, mas eu não vou te explicar como é feito*”, resposta dada pelo pai-de-santo pai Gabriel de Almeida Castro a Vagner da Silva quando o pesquisador buscava informações sobre o rito de ori (p. 49).

2.5.6.4.1

Entrevista de Pesquisa 1

Eu havia me preparado, elaborado algumas perguntas⁵⁶, mas fiquei bastante insegura nesse momento. Não sabia se as perguntas tinham sido bem organizadas, e se elas dariam conta do meu objetivo nesse momento. Fora isso, poucas vezes eu havia desempenhado o papel de entrevistadora, e naquele momento esse papel deveria ser desempenhado da maneira mais satisfatória possível.

Fomos para a biblioteca e escolhemos um local mais distanciado para evitar incomodar os demais usuários da biblioteca. Eu estava com as perguntas anotadas em uma folha de papel e o gravador estava posicionado.

Nesse momento da pesquisa, meus focos de interesse eram os seguintes

- i. ter clareza a respeito da “validade” (pertinência/relevância) das entrevistas, na medida em que elas poderiam ser vistas como sem sentido, apenas “demonstrativas”, ou seja, apenas para a realização do meu trabalho;
- ii. compreender a diferença e a relação entre duas diferentes posturas teóricas -organicista e psicanalítica - e a condução das entrevistas. Eu queria, então, que Dr. Oswaldo me dissesse quais são exatamente, em sua análise, essas diferenças, quando o médico está efetivamente entrevistando um paciente.

2.5.6.4.2

Entrevista de Pesquisa 2

A segunda entrevista que fiz com o médico aconteceu em local diferente. Gravamos a entrevista na sua sala, no segundo andar do IPUB.

Como na outra entrevista, eu havia preparado as perguntas que eu iria fazer. Também como da outra vez, eu estava insegura, mas por motivos diferentes

⁵⁶ Para fazer as três entrevistas, utilizei um roteiro semi-estruturado que permitia que as adaptações fossem feitas, em função das minhas necessidades informacionais e do comportamento discursivo do médico.

– eu queria que nessa entrevista o médico esclarecesse todas as minhas dúvidas, como se isso fosse possível.

Nesse momento, meus objetivos eram:

- i. conhecer os efeitos da entrevista no paciente;
- ii. compreender quais eram as expectativas do médico-supervisor com a entrevista e quais eram as estratégias lingüístico-discursivas utilizadas;
- iii. conhecer o papel da narrativa na entrevista: sua importância, estratégias discursivas que propiciariam revelar aspectos mais relevantes;
- iv. compreender o modo individual/particular do D^f. Osvaldo de conduzir a entrevista;
- v. saber se existiriam aspectos da entrevista mais relevantes para a construção do diagnóstico, e quais eram eles;
- vi. compreender que conceito/concepção D^f. Osvaldo tem da entrevista.

2.5.6.4.3

Entrevista de Pesquisa 3

A terceira entrevista que fiz com o médico aconteceu também em sua sala, no 2º andar do Instituto. O contato foi feito por e-mail já que não tenho estado no IPUB para participar das supervisões, nesse final da pesquisa. Dr. Osvaldo, mais uma vez, foi bastante cooperativo, respondendo a minha mensagem com bastante rapidez.

Eu preparei algumas perguntas em torno do seguinte tema: “O diálogo entre o discurso profissional e a prática clínica”. Dr. Osvaldo preferiu seguir o roteiro que foi organizado.

i. Gostaria que você me falasse um pouco sobre o seu percurso profissional - suas experiências de estudante, o início de sua atuação profissional e o momento atual:

- 1 onde e quando você se formou? que influências teóricas e/ou de profissionais foram mais significativas?
- 2 na sua formação profissional, qual era o enfoque de tratamento e/ou relacionamento com os pacientes?

- 3 você trabalhou e/ou trabalha ainda em que instituições? quanto tempo em cada uma delas? como foram suas experiências nessas instituições? algo a destacar em suas experiências?
- 4 o que vocêalaria sobre a sua atuação profissional nos dias de hoje?

ii. Como você vê as relações entre a pesquisa sobre a interação médico/paciente e a prática profissional?

- 1 ao longo dos anos, o que mudou na medicina e na prática da entrevista clínica?
- 2 como você vê a prática atual de os pacientes ficarem o menor tempo possível internados? o que isso representa no discurso da medicina hoje?
- 3 como você vê as histórias que os pacientes contam? são histórias congeladas?

2.5.6.5

O tratamento dos dados – o processo de transcrição

Os dados de entrevista com os pacientes foram gravados em vídeo, com a presença da pesquisadora. Todas as gravações realizadas fazem parte do *corpus* desta pesquisa, exceto, como já foi dito, as duas entrevistas realizadas com as duas médicas da equipe. As transcrições foram feitas pela pesquisadora a partir do critério de transcrição da Análise da Conversa (Schegloff & Sacks, 1973; Schegloff, 1982) e também a partir de Tannen (1989) para indicar o que ocorre em uma interação face a face num contexto institucional. A análise dos dados tem como pressuposto que *“os participantes de uma interação não são meros emissores e receptores de mensagens; todos os comportamentos verbais e não verbais são fontes potenciais de comunicação, e suas ações e intenções de significado podem ser entendidas somente em relação ao contexto imediato”* (Tannen & Wallat, 1987:122).

As duas entrevistas com os pacientes – José Mário e Vitor – foram analisadas na íntegra, com foco tanto no comportamento discursivo do médico, a partir das perguntas que são feitas durante a entrevista clínica psiquiátrica e das

formas de escuta que ele realiza, quanto no comportamento discursivo dos pacientes, quando eles respondem ou não às perguntas do médico e quando constroem identidades/imagens de si, com as narrativas, no curso da interação.

Das três entrevistas com o médico (Entrevistas de Pesquisa) foram analisados os segmentos que, de alguma forma, ‘representam’ seu conhecimento sobre **i)** a instituição psiquiátrica, **ii)** suas posturas teóricas e **iii)** sua prática profissional e discursiva.

Procurei explicar nesta seção as circunstâncias em que foi realizada a minha pesquisa. A partir da afirmação de Malinowski (op.cit) “*é a observação direta, a convivência diária que permitirá ao pesquisador entender o que está sendo dito e de participar das conversas e acontecimentos da ida da aldeia.*” (p. xiii), procurei fazer a descrição densa, um trabalho laborioso de coleta sistemática dos dados, investigando-os profundamente a totalidade de seus aspectos.

Meu objetivo com este trabalho é, portanto, fazer uma análise ‘densa’ da *entrevista psiquiátrica* como um gênero de discurso profissional/institucional, lê-la no sentido de “construir uma leitura”, enriquecendo e aprofundando essa leitura com as dimensões/os níveis de análise propostos por Malinowski.

Como eu disse, embora não fazendo um relato de todos os casos e as experiências que vivi no Instituto de Psiquiatria, há algo que está além e acima de todos eles – os sentimentos de uma lingüista inserida em um hospital psiquiátrico – as impressões boas e ruins adquiridas a partir de um convívio intenso e profundo no campo.

2.6

Experiências no campo: razão e sensibilidade

Como já foi dito, comecei a freqüentar o Instituto de Psiquiatria em 1997, antes mesmo do início da pesquisa de campo propriamente dita. Participei de inúmeras atividades que eu acredito terem sido descritas de maneira clara neste capítulo. Em todas elas, inúmeras vezes, perguntei-me quem eu era diante das situações que estavam sendo vividas. E, muitas vezes, por conta desses questionamentos, deixei de observar e conseqüentemente de estranhar. Outras vezes, fiquei sem saber como me comportar diante de tantas situações

inesperadas. Três dessas situações foram especialmente marcantes. A primeira, quando simulei meu interesse para encontrar um emprego para uma paciente com quem conversei no pátio; a segunda, quando “fui convidada” para assistir a um procedimento – o ECT; e a terceira, e última, quando fiquei com o paciente e com o operador do áudio aguardando a chegada do médico, D^r. Oswaldo, antes de começar a entrevista. Em todas essas situações, questionei-me e fiquei perplexa com o impacto da pergunta: “*Quem sou eu*” e de como essas situações estavam me afetando.

Fazer pesquisa em um hospital psiquiátrico não é uma tarefa fácil, principalmente porque não tenho qualquer formação na área da saúde. Minhas visitas a hospital (geral) seguem um padrão comum – não são freqüentes. Eu nunca havia estado em um hospital psiquiátrico. Do não conhecer ao passar a freqüentar pelo menos uma vez por semana durante alguns anos é uma mudança bastante brusca.

Há, na literatura, vários textos que fazem referência a como os pesquisadores se sentem quando realizam pesquisa em diferentes campos. Silva (2000), ao discutir sua inserção nos terreiros de candomblé, faz referência a exatamente aos sentimentos do antropólogo que, segundo ele, é “*de carne e osso*”:

“O mito do pesquisador de campo como um “fantasma” (destituído de sua classe, sexo, cor, opiniões, etc), que não afeta e não é afetado pelo cotidiano que compartilha com seus interlocutores, ou ainda como um herói da simpatia e da paciência, cuja missão é “humanizar” o outro, esquecendo-se de que ele também deve ser “humanizado” em suas fraquezas e omissões, parece agora exigir novas versões em que o pesquisador encontre um papel mais equilibrado e mais condizente com a situação real da investigação. Afinal de contas, “nativos de carne e osso” exigem “antropólogos de carne e osso”, pois é nessa condição que ambos se aproximam e fazem aproximar as culturas ou os valores dos quais são representantes no diálogo etnográfico que estabelecem” (p. 117-18)

Além de não ser antropóloga, sou lingüista e professora universitária, o que imediatamente me distancia do campo, um campo que não é o meu. No entanto, esse distanciamento foi apenas de origem, ou seja, de formação. Estando no hospital psiquiátrico e realizando um trabalho etnográfico, em absoluto estive (ou pude estar) distante do que acontecia à minha volta, e nem poderia ser

diferente já que a observação participante, como afirma Silva (op.cit.), é também um deixar-se impregnar, “*identificando-se ao meio que se estuda*” (p. 99)⁵⁷.

A primeira experiência mencionada – a simulação de interesse pela paciente em nosso encontro no pátio – reforça como me senti nessa situação tão especial. Eu pensei que deveria dar uma resposta a ela e essa resposta não poderia ser “que eu não iria arrumar emprego para ela; também não podia dizer que ela não estava em condições de trabalhar”, até porque não tenho qualquer autoridade para isso, enfim, só me restava dizer que se eu soubesse de um emprego eu iria entrar em contato com ela. No entanto, eu menti para ela, embora estivesse também encorajando-a.

A segunda experiência, quando recusei “um convite”, foi diferente. Eu não quis participar do procedimento naquele momento porque pensei que poderia ficar chocada com ele, poderia ter medo ou qualquer outro sentimento que me deixasse arrependida com o aceite. Por outro lado, e imediatamente depois da recusa, eu mudei de idéia – quis assistir, mas era tarde – a porta tinha se fechado. Vários sentimentos eu tive naquele momento, mas o principal talvez seja o sentimento de invasão, como se eu tivesse um limite dentro do campo – em alguns lugares eu não poderia estar, não era permitida a entrada de uma lingüista. Ao contrário de Roberto Motta⁵⁸, um antropólogo que também fez estudos a respeito das religiões afro-brasileiras, eu mesma coloquei os meus limites de passagem.

A terceira experiência foi com o paciente Vitor (Entrevista 2) que iria ser entrevistado pelo médico. Enquanto aguardávamos a chegada de D^r. Oswaldo, na sala de vídeo, o paciente começou a conversar e a cantar. Nesse momento, eu não sabia o que dizer a ele. Fiquei aliviada quando o médico chegou e iniciou a entrevista, tomando para si o papel de interlocutor que eu não soube desempenhar.

Retomei aqui algumas emoções sentidas em diferentes momentos da pesquisa porque é importante deixar claro que a observação participante não é uma técnica ou um procedimento simplesmente. Mais do que isso, observar e

⁵⁷ Silva (op.cit.) faz um comentário sobre a pesquisa de Pierre Verger que se iniciou na religião dos orixás não apenas por “*achar agradável ter relações com aquela gente*”, mas também por saber que sem a sua inserção religiosa dificilmente teria tido acesso ao conhecimento revelado em suas etnografias (p. 99).

⁵⁸ Roberto Motta conta que, mesmo não tendo permissão para fotografar um dos rituais, tirou uma foto, contrariando as determinações do pai-de-santo e sofrendo as conseqüências de seu ato (Silva, op.cit.: 104).

participar envolvem sobremaneira o pesquisador com o trabalho de campo, sinalizando como ele afeta e é afetado pelo ambiente que ele escolheu conhecer. Assim, o mito da neutralidade do pesquisador e da sua não interferência na vida dos seus observados é ultrapassado e não condizente com a realidade do trabalho de campo (Silva, op.cit.).

Por fim, gostaria de ressaltar que o trabalho de campo que realizei no Instituto de Psiquiatria foi imprescindível para fazer a interdisciplinaridade e para me familiarizar com os vários discursos pessoais e institucionais que se entrelaçam no IPUB. Foi uma trajetória de investigação de vários anos, com cursos com os professores do Instituto, acompanhando supervisões com o psiquiatra que é participante desta pesquisa e é também supervisor de uma das equipes que integram o Instituto dentre outras atividades. O trabalho de campo, portanto, foi o alicerce para desenvolver a tese que desenvolvi. Sem dúvida alguma, sem esse investimento, esta pesquisa não teria se realizado.