

# 1

## Introdução

*“Não tenho medo de errar. Erro a gente pode corrigir. Tenho medo é da fórmula. Se eu fosse fazer uma coisa perfeita, nem tentaria começar. O importante é ter curiosidade. Daí eu gostar da vida como uma criança que recebe um brinquedo novo, que inclusive quebra para saber como foi feito. A gente destrói para depois reconstruir” (Roberto Burle Marx)*

### 1.1

#### A descoberta do objeto de estudo

Minha indagação quando iniciei este estudo era “Como se caracterizava o comportamento verbal do médico e dos pacientes na entrevista psiquiátrica, isto é, sobre o quê e como esses interlocutores falam e o que relevam sobre si mesmos quando falam”<sup>1</sup>. A partir de uma análise parcial das entrevistas gravadas em áudio realizadas pelo médico com os pacientes, foi observado que estes, além de responderem às perguntas, contavam suas histórias sobre suas vidas, falando sobre a sua relação com a doença, com as internações, com o trabalho e a família. O médico, por sua vez, participava discursivamente do encontro, fazendo perguntas que, em alguns momentos, até colocavam em xeque as informações dadas pelos pacientes e o comportamento deles. Para Kaplan & Saddock (1990:165), com as perguntas, o médico, seguindo uma agenda padrão ou não, procura obter informações que possam auxiliá-lo na construção da patologia do paciente. No entanto, como colocam Mackinnon & Yudofsky (1988) enquanto faz as perguntas, o médico ajuda também o paciente a representar discursivamente suas experiências de vida.

---

<sup>1</sup> As entrevistas que serão analisadas nesta tese foram realizadas por um médico específico – D<sup>r</sup>. Oswaldo, de orientação psicanalítica, que é supervisor de uma das equipes de residentes que integram o Instituto de Psiquiatria, e como tal devem ser interpretadas, evitando-se, portanto, qualquer generalização sobre esse tipo de prática profissional. Além disso, situo a **entrevista psiquiátrica** dentro da noção de encontro social de Goffman – “A situação negligenciada” ([1964] 1998) – que tem características particulares: orientação corrente compartilhada e entrelace organizado de atos de algum tipo (p. 14).

Desta forma, existiam dois focos em minha pesquisa: um no comportamento discursivo do médico, enquanto participante que desempenharia vários papéis discursivos (alinhamentos), inclusive o de gerenciador das informações e, de certa forma, de controlador da entrevista, e o outro foco no comportamento discursivo dos pacientes, nas suas histórias de vida e na possibilidade de representação do *self* com essas histórias. Com o foco no comportamento discursivo do médico, a partir de algumas leituras realizadas durante a pesquisa, constatei que, na literatura, havia uma crítica no que diz respeito à condução das entrevistas, principalmente, no que se refere à realização da agenda tal qual é apresentada por alguns autores (Mishler, 1984,1995, 1997; Clark & Mishler, 2001; Good, 1994).

No decorrer da pesquisa, outras questões começaram a fazer parte deste trabalho. A partir de leituras sobre pesquisa etnográfica, principalmente, do texto de Malinowski (1976), comecei a refletir sobre os três níveis da ação social citados por ele: **prescrição** (a rotina), **costume** (a ação) e **comentário** (o que é dito sobre o que é feito). Segundo ele, a compreensão de uma sociedade só é possível a partir da compreensão de como os três níveis se relacionam. Além disso, esses níveis somente são conhecidos com a convivência, com a imersão do etnógrafo na cultura que quer desvendar. Passei, então, a pensar sobre as três dimensões da minha tese: **a rotina, o fazer clínico e as representações**.

Além de meus novos questionamentos, em meu Exame de Qualificação foram feitas críticas a respeito da minha proposta inicial de analisar as entrevistas, uma análise que, segundo o Prof. Benilton Bezerra, seria apenas uma descrição das entrevistas, em que eu estaria evidenciando o ‘aqui-agora’ sem profundidade, sem densidade – “*era apenas o cadáver*”, ou nos termos de Golder (2000), “*o resto de um sujeito ignorado em sua singularidade*” (p. 167). A pergunta era: o que eu pretendia fazer descrevendo as entrevistas como elas se realizaram naquele contexto interacional específico? A outra crítica feita pelo Prof. Benilton dizia respeito a uma afirmação que eu havia feito sobre a agenda, considerando-a desnecessária. O professor afirmou que a agenda é necessária porque a partir dela são obtidas informações importantes sobre a vida do paciente, como, por exemplo, traumatismos e várias outras doenças que podem ter sido parte da vida do

paciente, o que tornou minha crítica sobre o cumprimento da agenda improcedente naquele momento, tal como apresentada.

Então, procurando “encontrar a densidade” que não tinha sido mostrada em meu Exame de Qualificação, busquei nos textos de Geertz (1989, 1997), principalmente, no *A interpretação das culturas*, o viés da análise. A noção que o autor toma emprestada de Gilbert Ryle sobre as piscadelas para falar sobre o objeto da etnografia foi fundamental para que eu pudesse, a partir dela, encontrar o caminho. Algumas anotações feitas sobre a palestra “História do conceito de cultura na Antropologia”, proferida em 2001.1 e 2004.2 pela Prof<sup>a</sup>. Maria Cláudia Coelho, do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UERJ, na Disciplina “Linguagem, Identidade e Cultura” ministrada em pela Prof<sup>a</sup>. Maria das Graças Dias Pereira no Programa de Pós-Graduação em Letras, na Área de Estudos da Linguagem foram decisivas para definir o modelo teórico-metodológico desta pesquisa.

Em Sarangi & Roberts (1999:3), a distinção entre ordem institucional e ordem interacional foi extremamente importante para complementar as três dimensões de análise propostas por Malinowski (1976). Por ordem institucional, os autores entendem o conhecimento que os falantes têm das práticas institucionais, das regras de conduta e dos procedimentos que devem ser seguidos nas instituições. Presume-se que os interlocutores tenham conhecimento das normas prescritivas que subjazem às interações e que atuem no contexto interacional de acordo com esse conhecimento. Envolve todo tipo de conhecimento de ordem institucional de práticas que também podem se realizar na fala em interação. É desse contexto institucionalizado que emergem processos de fala, localmente organizados. O conhecimento da ordem institucional não é o prescrito apenas.

Três outros textos foram fundamentais nesse momento. Um deles, Peräkylä & Vehviläinen (2003), “*Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge*”, em que são referidos os ‘*stocks of interactional knowledge*’ – SIK ou modelos normativos - parte do conhecimento de base das profissões, o *background* compartilhado pela comunidade de especialistas. Tais modelos podem ser encontrados em textos profissionais, manuais de treinamento e instruções inseridos no contexto profissional de

treinamento e supervisão (p. 729-730). Os autores propõem um diálogo entre a perspectiva dos estoques de conhecimento e a pesquisa em Análise da Conversa de ordem institucional. Segundo Peräkylä & Vehviläinen, a Análise da Conversa assim como a Sociolinguística Interacional podem dar uma nova dimensão para a compreensão das práticas descritas pelo SIK, favorecendo, portanto, a compreensão dessas práticas. Segundo eles, as práticas não são realizadas meramente seguindo teorias, modelos, conceitos porque teorias e modelos são geralmente idealizações. Na análise feita pelos autores, foi constatado que a prática mostra que a escolha pelo médico de uma pergunta aberta, p. ex., não é voluntária como o SIKs pressupõem, o que significa afirmar que os SIKs “funcionam” como um ponto de partida pois fornecem conceitos teóricos centrais, no entanto, as práticas interacionais não se restringem a eles.

Com a leitura de outros dois textos, Mishler (1984) e Hak (1996), com a dicotomia – voz da Medicina (a referência é o conhecimento do médico) e voz da experiência (a referência é o conhecimento e a experiência do paciente)<sup>2</sup>, defini os rumos e o foco da minha pesquisa: o discurso profissional, mais especificamente, um tipo de discurso profissional – a entrevista clínica-psiquiátrica.

O objeto de estudo da tese tinha sido, portanto, encontrado. Minha proposta é a de fazer, então, um estudo denso da entrevista, em três ângulos, em que sejam contempladas as dimensões propostas por Malinowski (1976): **a rotina, o fazer clínico e as representações**. A partir dessas dimensões, fazer um ‘cruzamento’ dos resultados obtidos com a análise, com uma discussão entre os resultados e as reflexões da comunidade de pesquisa a respeito da teoria e prática clínica, principalmente no que se refere ao uso do roteiro da entrevista psiquiátrica proposto pela literatura. Essa minha proposta de análise densa de entrevistas psiquiátricas é uma tentativa de *“ler (no sentido de construir uma leitura de) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado.”* (Geertz, 1989:20).

---

<sup>2</sup> Conf. Peräkylä & Vehviläinen (op.cit.).

A pergunta que esta pesquisa procurará responder é, então, “*Como se caracteriza a entrevista psiquiátrica?*” a partir de diferentes pontos de vista: “*primeiro apreendendo e depois apresentando a multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e inexplícitas*” (Geertz, op.cit:20). Assim, a partir de duas entrevistas psiquiátricas que foram realizadas entre um mesmo médico e dois pacientes e três entrevistas de pesquisa entre mim e o médico, minha proposta é fazer uma reflexão, promovendo um diálogo entre diferentes perspectivas/ângulos/dimensões da entrevista clínica-psiquiátrica:

**i)** o que é estabelecido pelos manuais (Dalgarrondo, 2000; Portella Nunes e outros, 2001; Kaplan & Sadock, 1990; Mackinnon & Yudofsky, 1988; Gabbard, 1998);

**ii)** o que efetivamente se materializa na prática ou o ‘aqui-agora’ da interação (Goffman, 1981; Schiffrin, 1993; Edelsky, 1993; Coates, 1996; Matheus, 2002), com a análise de enquadres e de alinhamentos (papel discursivo);

**iii)** quais são as representações<sup>3</sup> que o médico tem sobre a sua prática clínica (Jovchelovitch & Guareschi, 1998; Jovchelovitch, 2000);

Relacionando **i)**, **ii)** e **iii)**, procuro fazer uma reflexão acerca dos estudos sobre a entrevista clínica psiquiátrica realizados por pesquisadores a partir de uma medicina centrada no médico como especialista e outra centrada nas experiências do paciente (Mishler, 1984; Hak, 1996; Clark & Mishler, 2001; Peräkylä & Vehviläinen (2003).

---

<sup>3</sup> Optei por fazer a discussão sobre *representação* no terceiro nível, o **comentário** do médico sobre o seu fazer clínico, embora ela possa ser feita também nos dois outros níveis apresentados por Malinowski.

## 1.2

### A relevância da pesquisa

Para que fazer um *diálogo interno entre as diferentes perspectivas a respeito da entrevista psiquiátrica como um gênero conversacional (que não é neutro) do discurso institucional? Qual é a finalidade desta pesquisa?* Nesse momento, eu retomo a expressão “descrição densa” proposta por Geertz (op.cit.) para tentar dar conta da distinção entre “*as piscadelas dos tiques nervosos e as piscadelas verdadeiras das imitadas*” (p. 26). Nesta pesquisa, estarão em foco diferentes perspectivas: **i)** o que é prescrição ou norma, **ii)** o que é realização ou a maneira como se desenvolve a rotina e **iii)** o que é “o comentário contido na mente” do médico sobre essa rotina (as representações do médico), com uma reflexão sobre as discussões travadas pela comunidade de pesquisa a respeito da agenda clínica.

No que consiste minha proposta? **Descrever a entrevista psiquiátrica e propor que seja aberto um espaço para um outro paradigma – o paradigma interacional – em que ‘o outro’ seja o centro da situação interacional, dentro do modelo teórico proposto pela Sociolinguística Interacional.** Nessa perspectiva, o foco da reflexão é a inscrição do paciente na interação, valorizando-o como aquele que muito tem a dizer sobre si mesmo. E para que o paciente seja inserido, é preciso que haja um realinhamento do médico assumindo o papel de interlocutor atento de uma história, cedendo ao paciente o papel de autor de sua própria história de vida (Clark & Mishler, 2001: 13), pois assim ele poderá ser melhor conhecido, e, sendo melhor conhecido, poderá ser melhor “socorrido” em seu sofrimento mental. Preocupado com a qualidade de atendimento aos pacientes, com um trabalho individualizado, considerando, portanto, as subjetividades, o médico os levaria à responsabilidade pela sua doença e pelo seu tratamento (empoderamento), promovendo a inserção do paciente na vida social, a dimensão social do atendimento referida pelo médico na Entrevista de Pesquisa 3 que fiz com ele.

Para tratar das dimensões de análise propostas nesta pesquisa, os capítulos estão assim estruturados:

No Capítulo II, serão discutidos os fundamentos teóricos que norteiam este trabalho. Aspectos de natureza metodológica também são abordados nesse capítulo.

O Capítulo III é o de análise que está dividido em três partes.

Na **Parte I**, estarei tratando da primeira dimensão - a **prescrição**, ou o que é estabelecido pelos manuais. São os estoques ou esquemas de conhecimento que orientam a prática clínica do médico. Será realizada uma análise sobre a agenda, como parte de um contexto institucional de regras e diretrizes que orientam a conduta clínica.

Na **Parte II**, estarei analisando a **realização**, o ‘aqui-agora’ da interação, a partir de conceitos advindos da Sociolinguística Interacional e da Análise da Conversa: *enquadres*, *alinhamentos*, que são as estruturas da interação. Outros conceitos operacionais também importantes para a análise são *estrutura de participação* e *piso conversacional*. Nesta dimensão, também serão analisadas as narrativas que foram co-construídas na interação e sua relação com a apresentação dos *selves* dos pacientes.

Na **Parte III**, a partir dos conceitos advindos da Teoria das Representações Sociais, estarei analisando as **representações do médico**, isto é, as interpretações que o médico faz sobre a clínica e sobre o seu fazer clínico, conduzindo minha análise para **i)** o discurso institucional na psiquiatria – posturas teóricas da comunidade de prática<sup>4</sup> e **ii)** a ordem interacional do discurso profissional.

No Capítulo IV, faço uma reflexão, articulando os resultados obtidos nas Partes I, II e III com as pesquisas já realizadas por diferentes pesquisadores sobre a entrevista clínica-psiquiátrica, principalmente no que diz respeito às discussões sobre uma medicina centrada no médico como especialista e a outra perspectiva centrada nas experiências do paciente.

O diálogo que será feito entre as diferentes dimensões da entrevista psiquiátrica procurará dar conta da “descrição densa” de que nos fala Geertz

---

<sup>4</sup> Em 1991, Etienne Wenger, pesquisador reconhecido no campo da Teoria da Aprendizagem e na sua aplicação nas organizações, cunhou o termo *Comunidades de prática* que são grupos com objetivos comuns, incluindo engajamento mútuo, empreendimento conjunto negociado e repertório partilhado (cf. Pereira, 2005; Pinto, Ribeiro e Lopes Dantas, 2005).

(op.cit.), e é nesse sentido que se pode afirmar que este trabalho traz contribuições importantes na medida em que propõe um novo modelo teórico-metodológico, no viés da etnografia: A Sociolinguística Interacional e a Etnografia da Comunicação, a Análise da Conversa e a Psicologia Social, uma nova construção interdisciplinar. A articulação entre o que é proposto pelos manuais da Psiquiatria, o que é realizado na prática e o que é comentado pelo médico sobre a sua prática clínica é, portanto, uma nova forma de ler, de construir uma leitura sobre a entrevista psiquiátrica.

Este trabalho está inserido também no Programa de Pesquisa Estudos do Discurso na Clínica - LAED - da Universidade Federal do Rio de Janeiro junto ao Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ – IPUB, coordenado pela Prof<sup>a</sup>. D<sup>ra</sup>. Branca Telles Ribeiro, onde constam, dentre outras, duas teses Ribeiro (1994) e Pinto (2000) cujos dados situam em uma abordagem organicista da entrevista psiquiátrica. Minha pesquisa, portanto, que analisa entrevistas realizadas por um médico de orientação psicanalítica, é mais uma contribuição para o LAED.