

4

Discussão dos resultados e considerações finais

“Se decidirmos publicar esses documentos, todos esses documentos, é para fazer de algum modo o plano dessas lutas diversas, restituir esses confrontos e essas batalhas, reencontrar o jogo desses discursos, como armas, como instrumentos de ataque e defesa em relações de poder e de saber.” (Foucault, 2000:XII)

Neste capítulo discuto os resultados e apresento as considerações finais desta pesquisa. Meu objetivo é, portanto, fazer uma reflexão a respeito da entrevista clínica -, articulando uma perspectiva teórico-metodológica que possa explicar a relação existente entre discurso profissional/institucional e prática profissional a partir do arcabouço teórico-metodológico da Etnografia, da Etnografia da Comunicação, da Sociolinguística Interacional e dos estudos sobre Representação, Narrativa e Identidade. Interessa-me o debate contemporâneo no qual estão envolvidos quatro ‘personagens’: **i)** o discurso institucional, **ii)** a prática profissional, **iii)** as representações dos atores sociais, dos sujeitos do conhecimento, sobre essas práticas, sobre as ações que realizam cotidianamente (Sarangi e Roberts, 1999; Mäkitalo & Säljö, 2002; Arminen, 2000; Peräkylä & Vehviläinen, 2003) e **iv)** os pesquisadores envolvidos com questões que dizem respeito às relações estabelecidas entre médico e paciente nas diferentes interações institucionais/profissionais.

Articulando os resultados das Partes I, II e III de análise, faço uma reflexão sobre a entrevista psiquiátrica, principalmente no que diz respeito ao debate sobre uma medicina centrada no médico como especialista (voz da Medicina) e a outra centrada nas experiências do paciente (voz da experiência).

4.1

Em busca de uma “descrição densa” da entrevista psiquiátrica

Em uma perspectiva ‘densa’ de análise, esta pesquisa procurou evidenciar de que maneira diferentes olhares ou dimensões podem ajudar na compreensão das práticas discursivas e sociais da entrevista psiquiátrica.

A primeira dimensão é a **prescrição** ou o que é estabelecido pelos manuais; são os estoques ou esquemas de conhecimento normativos – SIKs - que orientam a conduta do médico, a sua prática clínica, conforme referidos por Peräkylä & Vehviläinen (2003) e Sarangi e Roberts (1999). Foi feita uma análise de cinco roteiros apresentados pela literatura como parte de um contexto institucional de regras e diretrizes que orientam a condução de entrevistas psiquiátricas. Foi constatado que há hibridismo também nos manuais: alguns roteiros que estão voltados para os tópicos que devem ser abordados, com base, portanto, na agenda da clínica, o que é uma forma de exercer controle na interação e sobre o paciente, ou melhor, sobre o que o paciente deve dizer. Outros manuais estão voltados para a valorização das histórias e experiências individuais dos pacientes, o que pode propiciar uma interação mais espontânea. Esses manuais enfatizam que o paciente precisa encontrar o maior espaço possível para falar sobre si mesmo, pois ele muito tem a dizer sobre a sua vida, a sua doença, o seu sofrimento mental. Nesses modelos, predomina uma conduta que privilegia a individualidade e a história particular dos pacientes.

A segunda dimensão descrita neste estudo analisa a **realização** que corresponde ao ‘aqui-agora’ da interação. Nessa Parte II da análise, foram analisadas a prática profissional ou “*o que fazem os agentes ativos*” (Sarangi e Roberts, 1999), a partir de conceitos advindos da Sociolinguística Interacional (*enquadres, alinhamentos*, e outros como *estrutura de participação* e *piso conversacional*), foram identificados os quatro quadres que organizam as entrevistas: enquadre de abertura, enquadre investigativo/exploratório, enquadre de co-construção de histórias e enquadre de fechamento da entrevista.

Os critérios utilizados para caracterizar os enquadres foram **i)** abertura e fechamento da atividade de fala⁸³ (Pereira, 1993; 2002) e **ii)** investigativo/exploratório e co-construção - configuração dos mundos: o mundo da medicina e o mundo de experiências do paciente (Mishler, 1984; Hak e de Boer, 1995; 1996). Foram apontadas as relações de simetria e assimetria estabelecidas entre médico e pacientes e a maior ou menor participação discursiva dos pacientes durante as entrevistas.

No **enquadre de abertura** como atividade de fala (Pereira, 1993; 2002), o papel do médico é o de ‘preencher a ficha’, de identificar o paciente – existe uma pessoa que o médico; a assimetria entre os participantes é maior. O médico faz perguntas ao paciente que o contextualizam: nome, idade, endereço residencial, dentre outros - informações que de certa forma apresentam o paciente. O médico se comporta discursivamente fazendo perguntas sem explorá-las, caracterizando uma interação que estaria seguindo um modelo de inquérito, em que o controle da interação estaria nas mãos do médico como representante institucional para exercê-lo: “*A condição social e profissional do médico o autoriza a ser bastante metódico: ele está percorrendo as fases de um exame*” (Goffman, 1981 apud Ribeiro e Garcez, 1998:85). Os pacientes, por outro lado, atendem às expectativas, respondendo a todas as questões propostas.

No **enquadre investigativo/exploratório**, o médico também faz perguntas aos pacientes, mas sua participação discursiva não é apenas a de fazer perguntas. Nesse enquadre Dr. Oswaldo promove um ‘estado de conversa’ favorecendo a escuta, assumindo o papel de interlocutor atento. Além disso, o médico assume o alinhamento de falante participativo. Explorando as informações, Dr. Oswaldo alterna com os pacientes os papéis discursivos de falante e ouvinte, minimizando a assimetria⁸⁴. Explorando as informações fornecidas pelos pacientes, Dr. Oswaldo participa ativamente do encontro. Ao mesmo tempo em que favorece a escuta, ele também ratifica a fala do paciente, complementando-a. O encontro assemelha-se, assim, a uma conversa: os turnos são curtos, há um ritmo

⁸³ O termo *atividade de fala*, proposto inicialmente por Levinson (1979), está sendo utilizado aqui como objetivo que os participantes vêm na atividade, como um guia para a interpretação de evento, atividade culturalmente reconhecida (cf. Gumperz, 1982:166-7).

⁸⁴ Espero ter ficado claro que a assimetria está presente durante toda a entrevista. Quando afirmo que “a assimetria é menor” estou querendo enfatizar que os pacientes assumem, em alguns enquadre e não em outros, o papel de falante principal.

compartilhado de fala, há “engatamentos” de turnos, o médico demonstra envolvimento com o paciente, com o que está sendo dito e com a relação estabelecida entre eles, além de fazer comentários avaliativos sobre o que foi dito, o que também de certa forma é uma maneira de mostrar comprometimento/envolvimento com o outro. Evidencia-se, portanto, uma fala híbrida, tal qual apontada por Sarangi e Roberts (1999).

No terceiro **enquadre**, o **de co-construção de experiências de vida dos pacientes (narrativas, crônicas, opiniões e explicações)**, como forma de encaixe no quadro exploratório, os pacientes representaram discursivamente seu mundo de experiências, falando sobre si mesmos, sobre sua vida, sua doença⁸⁵. As diferentes manifestações discursivas do médico facilitaram a construção das histórias porque o médico mostrou-se um ouvinte atento e interessado nos mundos que foram representados, estabelecendo, portanto, o realinhamento de que nos fala Mishler (1992), cedendo aos pacientes a oportunidade de representar seu mundo de experiências. Nesse quadro, o médico também estabeleceu um ‘estado de conversa’, propiciando uma interação mais espontânea. Minimizando a assimetria, Dr. Oswaldo possibilitou que o mundo de experiências do paciente fosse conhecido porque aos pacientes foi dada a oportunidade de falar mais livremente sobre si mesmos. No entanto, é preciso enfatizar que esse tipo de comportamento do médico indica que não é “*uma escuta desinteressada*”, não é uma conversa, embora tenha as características de uma conversa: fala engatada, ritmo compartilhado, sistema de turnos de fala mais livre de contexto, dentre outras características.

No quarto e último quadro, o **enquadre de fechamento** da entrevista, o foco é o mundo da Medicina (Mishler, 1984; Hak e de Boer, 1995; 1996) quando o médico fez perguntas ao paciente procurando confirmar algumas informações, principalmente, sobre o seu estado atual e estado de consciência sobre sua alta (Entrevista 1). O médico, também, nesse quadro, confirmou tópicos que não ficaram esclarecidos durante a entrevista (Entrevista 2). Além disso, ao contrário da Entrevista 1, o quadro de fechamento da Entrevista 2 foi proposto pelo paciente quando, na l. 530, afirmou: “*entendeu, eu tô com fome e quero ir almoçar*”.

⁸⁵ Dr. Oswaldo afirmou que a entrevista deve ser o momento em que o paciente possa falar. Para isso, o médico deve criar expedientes para que isso aconteça.

Depois de alguma negociação entre eles, Dr. Oswaldo conseguiu fazer com que o Vitor permanecesse um pouco mais: “.... *pode ficar mais dez minutinhos?*” (l. 538). O paciente procura, então, distribuir o tempo: “*cinco minutos não tá bom não?*” (l. 539). Optando pela ‘harmonia’, o médico concorda: “*cinco minutos, tá bom então...*” (l. 540).

Outra diferença encontrada no que diz respeito ao enquadre de fechamento está relacionada ao que foi efetivamente realizado. Na Entrevista 1, com José Mário, Dr. Oswaldo encaminha o fechamento para alta do paciente, fazendo perguntas sobre as condições do paciente e tudo que diz respeito à alta médica: “*e como é você está se sentindo, você chegou aqui na segunda ou terça-feira*” (l. 407). Na Entrevista 2, com Vitor, Dr. Oswaldo retoma o tópico ‘sintomas da doença’, fazendo perguntas para o paciente, procurando explorar quais seriam sintomas, resgatando informações anteriores: “*...aí eu queria saber um pouquinho de como é que você fica nessas ocasiões que você é internado você falou que fica incomodado com o que as pessoas ficam falando*” (l. 540-541).

Com a co-construção desses enquadres, foram também co-construídos os papéis interacionais-discursivos (ou alinhamentos) desempenhados pelo médico e pelos pacientes e as estratégias discursivas que sustentaram esses enquadres. Além disso, no enquadre de co-construção de histórias, estavam representados as diferentes identidades ou os *selves* dos pacientes na relação estabelecida com o médico, a partir, portanto, de uma concepção não-essencialista, mas discursiva e social.

Nos diferentes enquadres da entrevista, utilizando diferentes estratégias discursivas (Gumperz, 1982), Dr. Oswaldo favoreceu o *rapport*. Ao fazer repetições, encadeou os turnos e mostrou aos pacientes que ele estava ali, presente, atento ao que estava sendo dito. Foram formas que demonstraram um certo envolvimento com o tópico, com o outro e com a interação que apontam para a dimensão empática referida pelo médico nas entrevistas realizadas com ele.

Assumindo, pois, o papel discursivo de ouvinte atendo, o médico promoveu em diversos momentos um realinhamento da relação com os pacientes, na medida em que deu-lhes a oportunidade de falar sobre si, mudando, desta forma, a estrutura de participação. Dr. Oswaldo sinalizou que estava ali para ouvir e que as histórias contadas de forma alguma eram histórias sem passado, sem

emoção, sem um sujeito. E esses comportamentos representam valores assumidos pelo médico, dentre eles tratar o paciente como sujeito e não como mais um caso clínico, fazendo com que o paciente se “apodere” (empoderamento) da sua doença, a partir da consciência do seu estado mental, levando-o à responsabilidade pelo seu tratamento, pela sua vida.

Foi visto que durante as entrevistas com os pacientes, Dr. Oswaldo promoveu em diferentes momentos o realinhamento de que nos fala Mishler (1986, 1992), ou seja, criou situações que favoreceram a construção de diversas histórias pelos pacientes. E enquanto essas histórias estavam sendo contadas, Dr. Oswaldo mostrou-se bastante atento, e, além disso, mostrou-se bastante interessado, fazendo inclusive comentários avaliativos sobre o que estava sendo dito, mesmo exercendo o controle da situação, gerenciando as informações.

O resultado da negociação entre ‘voz da Medicina’ e ‘voz do mundo de experiências dos pacientes’ produz a fala em interação de forma híbrida (Sarangi e Roberts, 1999), com negociação das relações assimétricas, principalmente do ponto de vista do domínio do piso conversacional e da natureza das contribuições interacionais dos participantes.

Durante as entrevistas, os pacientes José Mário e Vitor se comportam discursivamente de maneira diferentes. O paciente da Entrevista 1 – José Mário – é mais conformado à norma, às perguntas que são realizadas pelo médico. O paciente da Entrevista 2 – Vitor – é menos conformado e mais livre – em vários momentos interrompeu o médico e acrescentou informações que não foram requeridas. Algumas interferências, inclusive, foram justificadas: “... *quando eu saí de lá, desculpe eu falar, dá licença...*” (**FRAGMENTO 7** – l. 107). Nos termos de Kraepelin (1921), os inúmeros comentários são característica do comportamento psicótico.

4.2

O meta-enquadre de gerenciamento e controle das informações: a voz da medicina

Dr. Oswaldo, nas entrevistas, estabeleceu quatro enquadres institucionais: enquadre de abertura, enquadre investigativo/exploratório, enquadre de co-construção das experiências de vida dos pacientes e enquadre de fechamento da entrevista.

No entanto, também na perspectiva de uma fala em interação constituída de forma híbrida, vimos que no ‘aqui-agora’ da entrevista, o médico estabelece um meta-enquadre de controle das informações, gerenciando as informações com retomadas e resumos da fala do paciente. Com as retomadas, evidencia-se a construção do meta-conhecimento na medida em que elas referem-se ao conteúdo das informações anteriormente fornecidas pelos pacientes nas entrevistas.

Como apontam Hak e de Boer (1995; 1996) e Peräkylä & Vehviläinen (2003), é freqüente que o médico faça resumos e retomadas do discurso dos pacientes, propiciando uma organização das informações trazidas durante o encontro. Os autores fazem referência ao trabalho conversacional empreendido pelos médicos quando interagem. Segundo eles, cabe ao médico fazer as “costuras” do que é dito, juntando os ‘pedaços’ da fala do paciente para tornar o todo compreensível. Esse trabalho interacional exercido pelo médico também tende a facilitar as construções discursivas das experiências do paciente, tenham sido elas requeridas pelo médico ou não.

Essas ‘costuras’ ou elementos de coesão se materializam discursivamente pelas estratégias meta que são estruturas discursivas que retomam informações. Além de retomar informações, as estratégias meta promovem uma espécie de resumo do que foi dito pelos pacientes.

Por um lado, essas ‘costuras’ realizadas pelo médico são extremamente necessárias para organizar as informações fornecidas pelos pacientes e para que haja compreensão do médico. Por outro lado, tais ‘costuras’ legitimam o poder institucional do médico porque, com elas, o médico, muitas vezes, ignora uma informação trazida pelo paciente. Esses elementos de coesão interrompem o discurso dos pacientes porque reorientam os tópicos de acordo com as

informações que o médico julga relevantes naquele momento. Portanto, muitas vezes, os pacientes são interrompidos ou suas contribuições são ignoradas, legitimando, portanto, o poder institucional exercido pelo médico.

As estratégias discursivas utilizadas pelo médico para organizar/gerenciar as informações são perguntas, sejam informativas ou confirmativas ou declarações resumitivas do que foi dito. Nessas perguntas e declarações, estão contidas as informações que os pacientes deram ao longo das entrevistas, o que constitui verdadeiramente o conhecimento adquirido pelo médico na interação.

Ao longo das entrevistas, portanto, alguns comportamentos discursivos do médico funcionaram como pistas interacionais através das quais foi identificado o meta-enquadre. Na Entrevista 1, há vários momentos em que Dr. Oswaldo dá pistas a partir das quais pode ser identificado o meta-enquadre de controle da informação, como já foi visto na análise. Retomo, a seguir, dois exemplos do meta-enquadre.

Pistas conversacionais do meta-enquadre estabelecido pelo médico na Entrevista 1

FRAGMENTO 1

ENTREVISTA 1 – José Mário

37 José Mário: =com título de bacharel de ciências contábeis 38 Dr. Oswaldo: mas então você foi internado pela tua família porque você bebeu demais?= 39 José Mário: =é=
--

Neste fragmento, Dr. Oswaldo acabava de fazer perguntas identificando o perfil do paciente. Nesse momento, José Mário, sem ter sido questionado, afirmou que, mesmo com o título de bacharel em ciências contábeis, havia “carregado abóbora e melancia nas costas” (l. 35 - FRAGMENTO 3). Na l. 37, então, o médico retoma uma informação fornecida na l. 21, quando o paciente afirmou que a causa da internação atual era a bebida: “bebi demais”, fazendo uma ‘costura’ sob a forma de pergunta confirmativa ao mesmo tempo redirecionando o tópico a fim de explorá-lo. José Mário, alinhando-se com ele, confirma que a causa da sua internação atual tinha sido a bebida: “é” (l. 39).

Ao mesmo tempo em que organiza as informações, com a retomada, o médico ignora a contribuição do paciente acerca da formação acadêmica e do trabalho. Não era relevante para o médico explorar a “queixa” do paciente: exercer um trabalho ‘subalterno’ apesar da formação acadêmica.

Com a pergunta confirmativa, o médico promove uma mudança de tópico, o que, para Pereira & Bastos (2002), seria uma ‘mudança de marcha’, marcada pelo “então”. Com essa mudança, o médico ‘freia’ o que está sendo dito pelo paciente para explorar informações que para ele são mais importantes nesse momento: a causa da internação atual. No outro fragmento selecionado, Dr. Oswaldo faz uma ‘costura’ diferente da anterior. No fragmento 2, a coesão é um resumo do que foi dito pelo paciente.

FRAGMENTO 2

ENTREVISTA 1 – José Mário

- | | | |
|-----|---------------------|---|
| 272 | José Mário: | só teve firma ruim, foi vamo lá, Cesário Paschoale uma firma italiana fornecedora de de alimentos pra navios, Engeam Marcos Construções Marítimas, Engeam Marcos Construções Marítimas foi a primeira depois é depois Cesário Paschoale, depois Pasiu, depois (), depois Minas Gás, depois Montreal Engenharia outra vez e depois ()= |
| 278 | Dr. Oswaldo: | =humhum. quer dizer que você nunca deixou de trabalhar teve sempre empregado. |
| 279 | José Mário: | nunca deixei sempre empregado= |

Nesse momento da entrevista, José Mário fornecia informações sobre a sua formação profissional e o trabalho, quando avalia suas experiências no percurso profissional (FRAGMENTO 13). Após ter citado o nome das empresas onde já trabalhou, Dr. Oswaldo, na l. 278, faz um resumo do que foi dito, não um resumo das empresas, mas um resumo interpretativo sobre o fato de o paciente ter trabalhado mesmo já tendo dito algumas internações, uma informação que já tinha sido dada durante a entrevista: “*humhum. quer dizer que você nunca deixou de trabalhar teve sempre empregado*” (l. 278). O paciente, alinhando-se com o médico, confirma, repetindo parcialmente o turno do médico: “*nunca deixei, sempre empregado*” (l. 279). Nesse resumo está contida uma inferência do médico sobre a vida do paciente, ou seja, Dr. Oswaldo queria confirmar se em algum momento as internações atrapalharam a vida profissional do paciente. José Mário confirma que sempre esteve empregado.

Também na Entrevista 2, Dr. Oswaldo, em vários momentos, dá pistas a partir das quais pode ser identificado o meta-enquadre de controle da informação. A seguir, serão retomados três exemplos para análise do meta-enquadre estabelecido pelo médico.

Pistas conversacionais do meta-enquadre estabelecido pelo médico na Entrevista 2

No primeiro exemplo selecionado da Entrevista 2, Vitor falava sobre sua habilidade com o futebol (FRAGMENTO 6).

FRAGMENTO 3

ENTREVISTA 2 - Vitor

84 Dr. Oswaldo: = humhum =	
85 Vitor: = jogo uma bola danada jogo mesmo.	
86 Dr. Oswaldo: mas então Vitor você tava me contando que já estive em vários lugares vários hospitais	
88 Vitor:	tive, tive

Dr. Oswaldo acompanhava o relato manifestando atenção ao que estava sendo dito. Então, na l. 86, o médico, gerenciando as informações, retoma um dado fornecido anteriormente: “*mas então Vitor você tava me contando que já estive em vários lugares vários hospitais*” (l. 86-87). Ao mesmo tempo em que organiza as informações, a ‘costura’ funciona como um ‘freio’ ao que está sendo dito pelo paciente, promovendo uma reorientação tópica. Vitor se alinha com o médico, confirma a informação: “*tive, tive*” (l. 88). Aqui também pode ser identificada a ‘mudança de marcha’ apontada por Pereira & Bastos (op.cit.). Com essa mudança, fica materializado linguisticamente o poder institucional do médico e, conseqüentemente, a assimetria interacional.

A seguir, será analisado mais um exemplo.

FRAGMENTO 4**ENTREVISTA 2 - Vitor**

284 **Vitor:** = não tinha ônibus era um caminhão, viajamos de caminhão do do Maranhão até a minha cidade entendeu, aí o que aconteceu aí fiquei por lá entendeu aí fiquei por lá eu novinho eu dentro de um balaio eu tinha uma doença tão grande nas pernas que minhas pernas enrolava enrolava uns pano assim oh entendeu uma doença que deu nas pernas graças a Deus eu fiquei bom as pernas enrolava assim oh graças a Deus tá aqui oh firme e forte entendeu aí a gente viajou viajou pra lá quando chegou na cidade aí Quando foi com um ano mais ou menos minha mãe, meu pai viajou para São Paulo meu pai é sumido não sei se é vivo não sei se é morto quem criou os filhos foi minha mãe =

292 **Dr. Oswaldo:** = ele veio para São Paulo aí não deu mais notícia

293 **Vitor:** é aí veio para São Paulo e não assumiu a família né
aí deixou começou a empurrar o pé na jaca com uma galinha e outra

Nesse momento, também da Entrevista 2, **FRAGMENTO 13**, inserido na Unidade Temática 3, Vitor falava sobre *O nascimento e os primeiros anos de vida*. Após ter narrado parte de sua experiência, Dr. Oswaldo, na l. 292, faz uma declaração resumindo uma das informações fornecidas: “*ele veio para São Paulo aí não deu mais notícia*”, fazendo referência à figura do pai do paciente que teria, segundo informações, abandonado a família. Nesse momento, Dr. Oswaldo organiza o que está sendo dito privilegiando também apenas uma informação. Vitor, alinhando-se com ele, confirma e prossegue: “*é aí veio para São Paulo e não assumiu a família né aí deixou começou a empurrar o pé na jaca com uma galinha e outra*”.

A seguir, será retomado o último exemplo em que o médico fornece uma pista do meta-enquadre de controle das informações. Nesse momento, inserido na Unidade Temática 5 – A família, Vitor falava sobre o relacionamento que mantém com os irmãos (**FRAGMENTO 12**).

FRAGMENTO 5**ENTREVISTA 2 - Vitor**

417 **Dr. Oswaldo:** e você mora então com o Flávio e com o Valdir =

418 **Vitor:** = é, mas eu não tão eu não tô me dando bem com eles não

419 **Dr. Oswaldo:** mas então voltando a São Paulo aí com dezoito anos você foi servir o exército=

420 **Vitor:** = dezoito anos eu peguei a reservista entendeu aí minha mãe tinha que vir pro Rio falou “*vocês vão pro Rio*” falei “*tudo bem, vamos*” aí comprei umas passagens ajeitei minhas malas queria catar a vidinha no mundo dela entendeu aí nós se mandemos aí foi lá falei com o tenente do exército ele falou “*oh você não vai virar bandeira aqui você vai viajar nós vamos mandar uma carta de referência. Quando você chegar lá no quartel no Rio vai virar bandeira lá no fórum*” no fórum no Leme ali virei bandeira ali entendeu=

Então, na l. 418, Vitor confirma uma informação de que mora com os dois irmãos, complementando-a com um dado que não foi requerido: “*é, mas eu não tão eu não tô me dando bem com eles não*”. No entanto, Dr. Oswaldo ignora a contribuição do paciente e promove mais uma vez uma costura (uma ‘mudança de marcha’): “*mas então voltando a São Paulo aí com dezoito anos você foi servir o exército*” (l. 419), retomando o tópico, confirmando uma informação que já tinha sido dada pelo paciente anteriormente. Vitor, alinhando-se com o médico, aceita a mudança de tópico e confirma a informação: “*dezoito anos eu peguei a reservista entendeu aí minha mãe tinha que vir pro Rio falou “vocês vão pro Rio” falei “tudo bem, vamos” aí comprei umas passagens ajeitei minhas malas queria catar a vidinha no mundo dela entendeu aí nós se mandemos aí foi lá falei com o tenente do exército ele falou “oh você não vai virar bandeira aqui você vai viajar nós vamos mandar uma carta de referência. Quando você chegar lá no quartel no Rio vai virar bandeira lá no fórum” no fórum no Leme ali virei bandeira ali entendeu*” (l. 420-425).

Apesar de promover a inserção do outro no discurso, criando oportunidades para os pacientes falarem sobre si mesmos, Dr. Oswaldo estabeleceu um meta-enquadre nas duas entrevistas analisadas – o meta-enquadre de controle/gerenciamento da informação. Retomando informações anteriormente fornecidas pelos pacientes, Dr. Oswaldo fez “costuras” nos “textos” construídos pelos pacientes, com retomadas e resumos, ignorando, muitas vezes, as contribuições dos pacientes, exercendo seu poder legitimado pela instituição. Gerenciando/controlando a interação, quando não teve sua solicitação atendida em resposta a uma pergunta, o médico fez vários pedidos – reformulações – para o paciente, informações que o médico julgava importantes e que, por isso, deveriam ter sido fornecidas.

No entanto, mesmo estabelecendo o meta-enquadre de controle das informações, Dr. Oswaldo assume alinhamentos de ouvinte atento e interessado e falante colaborativo (a estrutura de participação assemelha-se a uma conversa). Além disso, apesar de exercer um controle sobre o fluxo das informações, Dr. Oswaldo promove histórias, permitindo que os pacientes, falando sobre si mesmos – o pressuposto é o de que o paciente conhece e tem algo a dizer sobre a sua

doença – possam ser mais bem conhecidos e, conseqüentemente, “socorridos” em seu sofrimento mental.

Com a análise, demonstrei de que maneira o médico estabeleceu o meta-enquadre de controle e gerenciamentos das informações e que pistas interacionais (estratégias/mecanismos discursivos) foram utilizadas por ele, retomando, fazendo resumos e, em alguns momentos, ignorando as contribuições espontâneas dos pacientes que deixaram de ser exploradas nas entrevistas. Com essas ‘costuras’, o médico promoveu uma mudança de tópico, redirecionando a entrevista para os tópicos que para ele eram mais importantes. Essas ‘mudanças de marcha’ funcionaram também como ‘freios’ com os quais o médico impediu que os pacientes construíssem discursivamente algumas de suas experiências.

Apesar disso, o meta-enquadre não deve ser interpretado como uma ‘destruição’ da negociação entre a voz da medicina e a voz do mundo das experiências dos pacientes. O meta-enquadre, tal como foi identificado nos fragmentos analisados, é, assim como foi visto com os enquadres, uma materialização discursiva do hibridismo ou modos de fala híbridos como apontam Sarangi e Roberts (op.cit.). Em virtude da natureza complexa e múltipla das práticas de trabalho na medicina (p. 12), o meta-discurso é uma estratégia discursiva ordenada e organizada para atingir um objetivo.

4.3

O hibridismo nas práticas discursivas e no discurso institucional da Psiquiatria

O hibridismo ou os modos híbridos de fala (Sarangi e Roberts, 1999) deve ser analisado em várias instâncias: dos manuais, dos enquadres, dos modos de participação na fala em interação e das representações do médico.

Nas diretrizes teórico-metodológicas dos manuais, há três grupos distintos. O primeiro grupo tem como foco o conteúdo das informações, com a seleção dos tópicos que devem ser desenvolvidos durante a entrevista. O segundo grupo apresenta um tipo de roteiro que estaria entre o conteúdo das informações e a valorização do sujeito doente, sinalizando uma preocupação com a interação. O terceiro e último grupo não apresenta um roteiro propriamente dito, mas

discussões e reflexões acerca do encontro e da relação que deve ser estabelecida entre médico e pacientes.

Nos enquadres investigativo/exploratório e de co-construção de experiências, o hibridismo se materializa na negociação das relações assimétricas, principalmente do ponto de vista do domínio do piso conversacional e da natureza das contribuições discursivas dos participantes. Além disso, o enquadre de co-construção de experiências foi estabelecido como uma forma de ‘encaixe’ no enquadre exploratório.

Na fala em interação, o hibridismo se materializou nos diferentes modos de fala na relação médico-paciente, nas diferentes estruturas de participação e diferentes papéis discursivos. Nas entrevistas, Dr. Oswaldo, assumindo alinhamentos de ‘inquiridor’, ouvinte atento, participante de uma ‘conversa’, crítico do comportamento do outro, utilizou diferentes estruturas discursivas como perguntas com foco, sinais de retroalimentação, perguntas exploratórias, sentenças declarativas como comentários, avaliações ou críticas. Além disso, o ritmo compartilhado sinalizou que havia durante a entrevista uma sintonia entre médico e pacientes (Tannen, 1989).

Nas representações do médico. Segundo Dr. Oswaldo, uma de suas características, ou seja, uma forma bastante particular de entrevistar é a indiretividade. Segundo ele, durante a entrevista, são criados “*expedientes indiretos que facilitam a narrativa*” (l. 92-93 – Entrevista 2 – Fragmento 4) e os “*procedimentos canônicos*” são desprezados (l. 106-107 – Entrevista 2 – Fragmento 4), o que deixaria os pacientes mais livres e menos objetos de interferência e controle do outro. No entanto, o encontro entre médico e pacientes é um encontro institucional com regras e procedimentos, e é assim que deve ser interpretado. Essa “conversa institucional” talvez seja a melhor forma de conhecer os sintomas apresentados pelos pacientes e poder “*contextualizá-los no resto da vida do sujeito*” (l. 22-23 – Entrevista 1 – Fragmento 1), o que significa afirmar que não se trata de uma conversa, pois tudo o que é dito é valorizado e remetido a algo que está fora do discurso.

O hibridismo, como vimos, indica complexidade e o resultado dessa complexidade é a instauração de uma mudança de paradigma ainda em discussão

nas comunidades científicas e comunidades de prática conforme apontado pelo Dr. Oswaldo nas entrevistas.

4.4

O novo paradigma nas práticas discursivas e sociais da psiquiatria

4.4.1

Repensando a entrevista na prática clínica: entre a pesquisa e a prática

Assumindo uma atitude reflexiva, discuto as diferentes posições apresentadas, retomando a agenda, o ‘aqui-agora’ e as representações do médico sobre a entrevista. O foco é a importância e/ou a função da agenda ou o questionamento sobre como é colocada na Entrevista Clínica Psiquiátrica (Mishler, 1984; Ribeiro, 1994). A discussão, portanto, tem como base dois pontos importantes: **i)** os resultados obtidos a partir da análise realizada nas Partes I, II e III, evidenciando como se configuram e quais as diferenças entre elas; e **ii)** discussão entre os resultados e as reflexões da comunidade de pesquisa a respeito da agenda clínica, principalmente no que diz respeito a um modelo de parceria entre médico e paciente que inclui o paciente como sujeito, como sujeito de sua própria vida, na relação com o médico durante a entrevista. Será o momento em que apresentarei as reflexões de pesquisadores inseridos no contexto da clínica, que se indagam sobre a função e a relevância da agenda seguida tal qual os manuais a representam. Meu objetivo, portanto, é discutir como a comunidade da pesquisa analisa a literatura psiquiátrica, mais especificamente, as interações entre médicos e pacientes, durante as entrevistas, principalmente no que diz respeito aos procedimentos normativos propostos pelos manuais e sua adequação à prática clínica-psiquiátrica.

Há um discurso de ordem moral da comunidade da pesquisa que analisa a literatura psiquiátrica no que diz respeito aos procedimentos normativos propostos pelos manuais (Ribeiro, 1994; Mishler, 1984; Clark e Mishler, 2001; Hak e de Boer, 1995; 1996). Representa uma crítica à ‘rotina estabelecida pelos padrões e pelos costumes’ bem como uma prática profissional centrada apenas na voz da

Medicina. Os pesquisadores voltados para a investigação sobre a entrevista psiquiátrica vêm se perguntando em que medida a forma pela qual esta tende a se realizar possibilita ou não efetivamente conhecer o paciente ou confirmar/refutar hipóteses diagnósticas e condução do tratamento.

Em nossa análise, no que diz respeito aos roteiros apresentados pela literatura, vimos que há os que voltam-se para os tópicos que devem ser abordados pelo médico e há os que se voltam para a necessidade de valorização das histórias que os pacientes contam sobre as suas experiências de vida. Os roteiros que estão voltados para os tópicos tendem a enfatizar o controle e o poder exercido pelo médico; os que promovem as histórias, inserindo os pacientes como sujeitos do seu próprio discurso, tenderão a tornar as interações mais espontâneas e menos padronizadas.

Ribeiro (1994) considera que, apesar de existir um roteiro, o médico não deve segui-lo linearmente. Uma entrevista em que o médico tem uma conduta mais voltada para categorias pré-determinadas com o foco na agenda-padrão, aquela que de certa forma restringe os tópicos que são introduzidos, mantidos e encerrados em contextos institucionais, limita a oportunidade que o paciente teria para contar suas histórias (Ribeiro, 2001). Segundo Ainsworth-Vaughn (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). No entanto, ao mesmo tempo em que a pergunta direciona o outro participante para ser o próximo falante e isso seja uma forma de controle, uma pergunta também cede o turno ao outro participante e demonstra o interesse na resposta daquele que fez a pergunta (p. 452). Buttny (1996) corrobora, sustentando que, de alguma forma, com as perguntas, o médico busca promover o engajamento do paciente para que interacionalmente eles co-constroam o problema e a solução (p. 148). Sendo assim, é preciso analisar a função das perguntas: se elas efetivamente promovem o engajamento dos pacientes ou se, ao contrário, quando realizadas, os interrompem, impedindo-os, por exemplo, de introduzir novos tópicos. Para que haja efetivamente a troca de informações, Ribeiro (op.cit.) considera que é necessário que o médico permita que o paciente fique livre para falar de si mesmo. Se isso acontecer, o paciente poderá narrar suas histórias, o que permitirá ao médico conhecê-lo no seu sentido mais amplo: sua vida, suas angústias, seus

medos e sua doença.

Portanto, se os roteiros, inseridos no contexto 'institucional' de regras, regulamentos, diretrizes, estiverem refletidos na prática clínica, sem a atenção necessária às histórias singulares dos diferentes pacientes, as pistas que os pacientes dão (cf. Mackinnon & Yudofsky, 1988) não serão seguidas porque o médico não estará atento a elas. Sua atenção, ao contrário, voltada para a obtenção dos dados que ajudarão o médico a confirmar ou refutar a hipótese diagnóstica e a indicação terapêutica, levará o médico a uma conduta mais “invasiva”, mais controladora durante a entrevista, materializada, fundamentalmente, com perguntas que controlarão o fluxo informacional, gerenciando, portanto, o que está sendo dito, como e em que momento.

Se o médico se mantiver na agenda, seguindo os tópicos já prescritos pela rotina, ele pode dificultar a construção de histórias que podem ser altamente reveladoras sobre a vida do paciente. Nos termos de Mishler (1984; 2001), como a entrevista psiquiátrica não é um mero encontro, mas um importante ingrediente da prática clínica (p. 8), para que seja bem sucedida, para que atinja seus objetivos, é preciso que tanto médico quanto paciente empreendam um trabalho conjunto. O sucesso do encontro vai depender do “realinhamento da relação social” estabelecida, com o médico assumindo o lugar do ouvinte atento, cedendo ao paciente a hora e a vez de falar sobre si-mesmo.

Apesar de representar a entrevista como uma prática que tem como objetivo valorizar a experiência dos pacientes, distanciando-se o quanto possível dos procedimentos normativos determinados pelos roteiros, no ‘aqui-agora’ das entrevistas, o médico deste estudo estabeleceu enquadres que oscilavam entre o investigativo/exploratório e o de co-construção das experiências de vida dos pacientes. E o que vimos foi um comportamento discursivo híbrido do médico na medida em que, ao mesmo tempo em que ele promoveu um ‘estado de conversa’ que facilitou a representação discursiva das experiências dos pacientes, exerceu controle na interação, gerenciando as informações que eram fornecidas pelos pacientes e, muitas vezes, ignorando as contribuições espontâneas que os pacientes deram ao longo das entrevistas.

Mishler (1984) faz referência à “voz da medicina” e à “voz da experiência” (*lifeworld*). A primeira refere-se ao interesse técnico, atitude

científica, regras abstratas que servem para descontextualizar eventos; a segunda, experiências contextualizadas e os problemas da vida dos pacientes (cf. Hak e de Boer, 1995; 1996). Nesse sentido, pode-se dizer que, em nossa análise, o médico esteve oscilando entre os dois mundos: o mundo da Medicina, quando investigou e explorou as informações na medida estabelecida por ele; e o mundo da experiência, quando, minimizando a assimetria, colaborou com a representação discursiva das experiências de vida dos pacientes.

Corroborando a necessidade de cada vez mais dar espaço para que o paciente possa falar sobre si, Bastos (1993) reforça que a entrevista psiquiátrica deve ser valorizada sim, mas isenta o mais possível do modelo do interrogatório dirigido. Para o autor, o padrão tradicional de entrevista impede aquilo que ele denomina de *“a verdadeira comunhão existencial: o encontro médico-paciente”* (p. 53).

É impossível, então, não concordar com aqueles que enfatizam a necessidade de se ir além da agenda para se ter um melhor relacionamento entre médico e paciente e o conseqüente conhecimento dos problemas do paciente. Esse seria o modelo em que o foco não é a autoridade do médico, mas a parceria que inclui os direitos dos pacientes sobre seus corpos e sua saúde (Candlin & Candlin, 2002: 120). Segundo Augras (2002) é a fala do paciente o elemento o mais importante: *“No campo do diagnóstico, a fala do paciente, nas entrevistas e nas provas, é a manifestação de sua realidade, e como tal será investigada. Através dela é que serão trazidos a lume as suas vivências: a sua história (o tempo), o seu corpo (o espaço), a sua estranheza (o outro), o seu fazer-se (a obra)”* (p. 25).

A participação do médico será então a de ajudar o paciente a relatar a sua história, o que demonstrará uma atitude participativa/colaborativa no sentido de estar efetivamente facilitando a (re)construção de uma história, podendo revelar, assim, algumas de suas identidades: *“A linguagem contém o Eu em sua pureza; apenas ela enuncia o Eu, o próprio Eu”* (Heidegger, citado por Augras, op.cit.: 76): *“É na biografia pessoal que se encontram as raízes do mal-estar presente, há um sentido oculto no sintoma, e tratar significa revelar esta razão escondida da doença e assim permitir ao paciente encontrar soluções mais adequadas para seus conflitos; este processo terapêutico exige tomar a doença como expressão de*

conflitos internos que serão objeto de reflexão e que através da palavra serão esmiuçados e compreendidos em seu desenvolvimento” (Bezerra Jr., 1997:154).

4.4.2

As representações do médico: novo paradigma em comunidades de prática da Piquiatria

O novo paradigma emerge na voz de Dr. Oswaldo que articula a voz das comunidades de prática no passado e no presente.

A partir da análise das três entrevistas realizadas com o Dr. Oswaldo, foi possível compreender novo paradigma ao qual ele se refere e se insere também. Nesse modelo, o discurso dos pacientes é altamente valorizado e a relação com os médicos deve ser uma relação próxima, diferente do que ocorre habitualmente no trabalho tradicional com paciente psiquiátrico em instituição psiquiátrica. Ao médico, segundo Dr. Oswaldo, deve ser mais acessível o conhecimento de cada um dos pacientes, de maneira que somente um trabalho que envolvesse um maior envolvimento no sentido de maior acesso ao mundo de experiências dos pacientes propiciaria uma outra forma de atendimento. Essa nova forma de atendimento representaria o fim das instituições de internação e a criação de novos espaços que pudessem modificar a situação crônica de internação a qual muitos pacientes estão submetidos. Esses novos espaços encurtariam o tempo de internação e promoveriam um tratamento diferenciado ao que habitualmente é oferecido. A desinstitucionalização seria a resposta para o problema da loucura, uma resposta mais social e menos asilar (cf. Tenório, 2001: 120).

É nesse sentido que é possível falar em empoderamento como sinônimo de “pôr poder”. Oferecendo um tratamento diferente do tradicional, a atenção mais intensa e singular ao doente psiquiátrico daria a ele condições para ter em suas mãos a autonomia necessária para a integração em seu ambiente social – o empoderamento é a resposta psicossocial: *“tratar é ajudar a recuperar a competência social”* (AMRP – Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial”).

No contexto psiquiátrico das entrevistas analisadas, o empoderamento deve ser visto mais autonomia e menos controle. Além disso, ele também representa a reflexividade das práticas médicas na modernidade.

Uma das contribuições desta pesquisa, acredito, é ser um instrumento teórico-metodológico para investigar o discurso profissional na prática, ou seja, na maneira como médicos e pacientes interagem, fazendo a relação entre essa prática e o que é proposto pelos manuais, além das representações ou do conhecimento que o profissional tem a respeito da sua prática. O viés teórico-metodológico utilizado contribuiu sobremaneira para compreender essa prática profissional. As três dimensões propostas por Malinowski conferiram à análise a densidade que foi requerida quando iniciei a pesquisa, e que eu considero ter finalmente contemplado.

Desta forma, minha proposta de analisar a entrevista psiquiátrica pelo viés psicanalítico contribui para a pesquisa do LAEL, complementando o trabalho que vem sendo desenvolvido pelo Projeto de 1994, cujo objetivo primeiro era a criação de um núcleo de pesquisas com foco no discurso psicótico e na coerência discursiva⁸⁶.

Como as interações entre médico e paciente são importantes para a construção de testagem de hipóteses a respeito da patologia e do encaminhamento terapêutico, como o objetivo de melhor atender àqueles que sofrem, uma pesquisa ‘densa’ sobre o discurso profissional é extremamente relevante. Verificar como tais interações se efetivam pode contribuir para melhor compreender como o discurso é ali construído e em que medida esse discurso auxilia na compreensão dos sofrimentos mentais. Quanto mais for conhecida a dinâmica interacional entre médico e paciente, maiores serão as chances de compreensão dos problemas de comunicação numa interação médico-institucional, entre falantes de sistemas discursivos (esquemas de conhecimento) diferentes. Sendo assim, esta pesquisa sobre a interação no contexto psiquiátrico, cujo foco está no comportamento lingüístico-discursivo dos participantes, revela-se extremamente relevante para a

⁸⁶ Duas teses sobre a entrevista psiquiátrica, de base organicista, foram defendidas no LAEL: “A Coerência do Discurso Psicótico” (1994), da D^{ra}. Branca Telles Ribeiro, coordenadora do Laboratório, e “A Construção da Referência no Discurso de Uma Paciente Psiquiátrica: análise lingüística para distúrbios de pensamento, fala e comunicação” (2000) da D^{ra}. Diana de S. Pinto.

prática assistencial aos pacientes na medida em que lança novos olhares ou dimensões/perspectivas para a compreensão das interações que são realizadas rotineiramente pelos médicos enquanto profissionais de saúde mental.

Uma compreensão acerca do entendimento abrangente do uso da linguagem em contextos psiquiátricos pode melhorar a qualidade dos serviços oferecidos, principalmente porque oferece algumas respostas para o que os médicos, de uma maneira geral, fazem naturalmente, na prática clínica. Acredito que o diálogo que estabeleci entre as diferentes dimensões da entrevista psiquiátrica – **a rotina, o fazer clínico e as representações** - pode ajudar o médico a pensar em alternativas conscientes sobre a prática de atendimento aos pacientes.

Acredito, por fim, que a Sociolingüística pode oferecer os instrumentos para uma melhor compreensão dos processos envolvidos no uso da linguagem, esclarecendo de que maneira o comportamento lingüístico é governado pelos contextos institucional, social e cultural, e de que maneira os interlocutores governam e são governados pelo contexto, de forma que sejam capazes de interagir uns com os outros, compreendendo a metamensagem subjacente às manifestações discursivas.

Que esta tese contribua de alguma forma com os pesquisadores que procuram ‘conhecer para compreender’ o outro e o que ele diz. Para isso, que ela esteja sempre ao alcance das mãos.

Guardar

Antonio Cícero

*Guardar uma coisa não é escondê-la ou trancá-la.
Em cofre não se guarda coisa alguma.
Em cofre perde-se a coisa à vista.
Guardar uma coisa é olhá-la, fitá-la, mirá-la por
admirá-la, isto é, iluminá-la ou ser por ela iluminado.
Guardar uma coisa é vigiá-la, isto é, fazer vigília por ela,
isto é, velar por ela, isto é, estar acordado por ela,
isto é, estar por ela e ser por ela.
Por isso melhor se guarda o vôo de um pássaro
Do que um pássaro sem vôos.
Por isso se escreve, por isso se diz, por isso se publica,
por isso se declara e declama um poema:
Para guardá-lo:
Para que ele, por sua vez, guarde o que guarda:
Guarde o que se quer que guarda um poema:
Por isso o lance do poema:
Por guardar-se o que se quer guardar.*

FIM