

A narrativa na entrevista psiquiátrica: a história de trabalho na construção de diagnóstico em saúde mental do trabalhador

Andréia Ramos (Doutora em Psiquiatria)*, Silvia Jardim (Doutora em Psiquiatria IPUB/UFRJ), João Ferreira da Silva Filho (Professor Titular/UFRJ)

RESUMO: O presente trabalho discute a aproximação entre a Lingüística e a Medicina, introduzindo, para além da questão da interface entre a entrevista psiquiátrica e a narrativa, a construção de diagnóstico psiquiátrico que leve em consideração a história de trabalho do paciente. Descrevem-se trechos de uma entrevista psiquiátrica de um trabalhador desempregado que reconstrói a identidade profissional a partir da possibilidade de uma narrativa que inclua sua história de trabalho, em interação com uma médica psiquiatra disponível para escutar, ou seja, co-construir essa narrativa, construindo também um novo diagnóstico psiquiátrico, e uma nova orientação na vida do paciente. A análise dos dados é feita utilizando a metodologia da Análise da Narrativa.

Palavras-chave: Entrevista psiquiátrica; Análise da narrativa; Identidade profissional.

Introdução

A preocupação de como o médico deve abordar seu paciente tem variado de importância no ensino médico. Após um período em que este tema perdeu um pouco sua importância, percebemos a retomada da discussão acerca da comunicação clínica. Assim, segundo Clark e Mishler (1992),

Comumente a comunicação entre pacientes e médicos é um tema importante na formação médica e na pesquisa clínica. Por exemplo, os médicos são estimulados a ouvir as histórias dos pacientes de modo a ir ao encontro das preocupações e da compreensão que os pacientes têm de suas doenças. Entretanto, existe pouca pesquisa sobre como efetivamente se realiza o contar histórias no contexto dos encontros clínicos (traduzido pelos autores).

A ênfase dada a esta temática tem o argumento de que é preciso modificar o modelo médico de abordagem ao paciente, adotando uma postura que privilegie a atenção ao entendimento, ao interesse e às preocupações do paciente com relação às suas experiências com a doença, pois o que se verifica é que o modelo biomédico dominante não valoriza importantes aspectos sociais, emocionais e culturais da doença (CLARK e MISHER, 1992;

* ramos.aam@gmail.com

LAUNER e LINDSEY, 1997; GREENHALGH e HURWITZ, 1999). Dentre as propostas de rever o modelo médico de comunicação, está o que prevê um enfoque sobre a significância clínica das histórias contadas pelos pacientes, ou seja, a narrativa do paciente. A narrativa é um dos gêneros mais estudados nos estudos literários, na semiótica, na análise do discurso oral e escrito. Questões como a identificação de estruturas narrativas, o papel do ouvinte como co-construtor e a função social da narrativa têm sido foco de interesse de pesquisa (MISHLER, 1986; RIBEIRO, 1994; MISHLER, 1995).

Entendemos que a construção de uma narrativa numa entrevista médica significa ter ao alcance um método clínico de pesquisa que permita: 1) entender melhor o fenômeno do adoecimento humano; 2) encorajar uma medicina mais integral, implicando uma mudança na forma de pensar a prática clínica em geral e os procedimentos terapêuticos; 3) ajudar o paciente a estabelecer uma posição diante de sua doença; 4) ajudar no estabelecimento de novos critérios para a pesquisa clínica.

A história de trabalho é um dos aspectos pouco valorizados nas entrevistas médicas, inclusive psiquiátricas. Consideramos que a ausência de uma comunicação que permita a construção de uma narrativa durante a entrevista médica pode impossibilitar, por exemplo, a identificação de uma doença relacionada ao trabalho. O modelo biomédico (que privilegia a dimensão biológica da doença) de entrevista está presente em todas as especialidades médicas, inclusive na psiquiatria (MOLLICA, 1997; RIBEIRO, 1997; PINTO, 1997).

Neste artigo, temos a intenção de discutir a co-construção de narrativa na prática médica, e, especialmente, psiquiátrica. E, ainda, discutir a entrevista psiquiátrica que inclua a história de trabalho como elemento fundamental para a construção do diagnóstico e do processo terapêutico.

1. Dados e metodologia

Usamos a transcrição de uma consulta psiquiátrica. Participaram da consulta a psiquiatra-assistente (entrevistadora) e o paciente. Os segmentos transcritos correspondem a diferentes momentos de uma mesma entrevista. Cada segmento foi transcrito em seqüência, sem omitir informação. A seqüência dos segmentos transcritos foi escolhida considerando-se os tópicos a serem discutidos pelos autores – a narrativa sobre a experiência da doença mental e sobre a construção da identidade profissional.

O paciente em foco começou a ser atendido em 1996, no Projeto de Assistência em Saúde Mental do Trabalhador (PRASMET) vinculado ao Programa de Pesquisa Organização do Trabalho e Saúde Mental (OTSAM) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil (IPUB/UFRJ). O PRASMET funciona no Ambulatório Geral do IPUB/UFRJ e atende trabalhadores com transtornos mentais relacionados ao trabalho. Estes chegam ao PRASMET encaminhados por sindicatos, unidades de saúde do trabalhador,

unidades de saúde da UFRJ e através de demanda espontânea. Neste serviço, em cada caso, trata-se sempre de uma “situação-problema”.¹

O paciente em questão é um trabalhador desempregado, encaminhado ao PRASMET com suspeita de intoxicação ocupacional por solventes. Quando iniciou o acompanhamento conosco, o paciente vivia em mendicância, sem suporte social ou familiar. Ele havia sido um trabalhador qualificado (tinha feito vários cursos profissionalizantes – manutenção de navios) e trabalhava contratado temporariamente para grandes estaleiros. Sua qualificação permitia obter bons salários. Este trabalhador exercia a função de mecânico naval e foi encaminhado para melhor avaliação e tratamento especializado. Havia sido atendido em outros centros de saúde e de pesquisa, onde, em um deles, foi estabelecida a relação entre os sintomas psiquiátricos e a exposição ocupacional crônica a solventes. Por apresentar sintomas inespecíficos (ansiedade, irritabilidade, fadiga, dificuldade de concentração, labilidade emocional e perturbação do sono), o paciente, quase sempre, era considerado como portador de transtorno neurótico, sem afecção tóxica do sistema nervoso central e sem correlação com os riscos e acidentes ocorridos no trabalho exercido durante mais de uma década. Através de vários exames realizados, da história ocupacional e psiquiátrica e do acompanhamento sistemático desse paciente, pudemos levantar a hipótese diagnóstica de transtorno psiquiátrico secundário à exposição a solventes (encefalopatia tóxica crônica relacionada a solventes).

O paciente era atendido semanal ou quinzenalmente, conforme a necessidade. A consulta transcrita ocorreu numa manhã do mês de abril de 1998 e durou cerca de 40 minutos. O paciente chegou pontualmente como normalmente o fazia. Ao entrar na sala, cumprimentou a psiquiatra, uma das autoras deste artigo, cordialmente, e foi logo tirando de sua pasta alguns pedidos de exames e receitas prescritos pelo clínico geral que o vem acompanhando. A partir daí, é o paciente quem dirige a entrevista. Primeiro falou de suas queixas cardiovasculares, das orientações do clínico, sendo que, ao término de seu relato, pergunta se ela concordava com tais orientações. Após conversar sobre este assunto, o paciente passou a relatar suas dificuldades atuais de trabalho, sua nova tentativa em conseguir um benefício previdenciário e sobre seu relacionamento com sua mãe e sua irmã. A psiquiatra explicou ao paciente que gostaria de gravar aquela consulta para que pudesse utilizar o material como análise de uma pesquisa sobre narrativa de pacientes com história de doença ocupacional. Após a explicação, o paciente consentiu com o procedimento, sendo o material gravado mostrado a ele ao término da pesquisa.

Para realizar as análises pretendidas, utilizamos o referencial da Análise do Discurso (RIBEIRO e GARCEZ, 1998). Utilizamos o conceito de narrativa definido por Ribeiro (2001) “como a trama e ação envolvendo determinados personagens em um dado tempo, uma trama que é tecida pelo narrador (ou narradora) e co-construída em parceria com o interlocutor (ou interlocutora) durante uma situação de conversa ou entrevista”. Conclui Ribeiro que “desta forma, a narrativa ocorre necessariamente inserida em uma situação dialógica”. E para

desenvolvermos as análises acerca da construção de identidade profissional, nos orientamos pela compreensão socioconstrutivista do discurso e das identidades, entendendo que ela

fornece, portanto, o arcabouço teórico que possibilita indicar que a análise das práticas discursivas, onde agem os atores sociais, dá acesso aos significados com os quais vivem na vida institucional, na cultura e na história, tornando possível entender como se vêem e vêem os outros a sua volta, ou seja, suas identidades sociais (MOITA LOPES, 2001).

Consideramos, então, que a identidade profissional é também uma forma de identidade social.

3. Análise dos dados e discussão

3.1 Segmento 1 da entrevista gravada

Em busca da identidade profissional

Como se tornar um bom mecânico naval / O Trabalho Atual

- (1).Victor²: eu era, era bom no que fazia
pessoal me respeitava (2.0)
sempre tinha trabalho, era gente sempre
sempre me chamando pra trabalhar
- (2).Médica: e como você começou nesse trabalho?
- (3).Victor: meu avô era da marinha mercante e e
meu pai também
mas eu não fui não sabe?
mas eles me influenciaram
e eu gostei
- (4).Victor: a feira, lá na barraca ainda não tá dando direito, sabe?
porque o rapaz tá botando do bolso dele.
é muito cansativo...
acho que esse pés inchados é derivado de::...
agora ele arrumou uma pessoa pra me ajudar, né, a montar a barraca,
entendeu?
- (5).Médica: você abriu neste fim de semana?
- (6).Victor: não. choveu.
eu até descansei, sabe?
eu ando muito sacrificado, ficar sozinho,
eu já falei “óh:: sozinho não dá não,
tem que ter outra pessoa”, porque o toldo é muito grande.
- (7).Médica: os toldos azuis.

- (8).Victor: é. a senhora já passou por ali, né?
 (9).Médica: já.
 (10).Victor: e, eu falei “Pô, sozinho não dá não”
 e::; ela , é cem metros quadrados, é muito grande, né?
 ela tem 12 por 8.
 então, embaixo tem que esticar a corda , sabe?
 puxar as coisas num burrinho sem rabo.
 aí o rapaz puxa e eu vou empurrando.
 aí, quando chega no domingo tô todo quebrado.
 mas::: pô, é muita ralação, trabalha muito,
 pô, trabalha pra caramba.
 aí, ele chega lá oito horas com a comida,
 aí, eu chego uma hora da tarde pra montar a barraca.
 aí a gente vira a madrugada, entendeu?
 fica ali acordado.

No primeiro segmento, aparece a possibilidade de entendermos como o paciente, ao narrar, constrói uma identidade profissional, ou seja, como se tornou um mecânico naval. Vemos como a descrição de “*sempre tinha trabalho... era gente sempre sempre me chamando pra trabalhar*” (linha 1) traz a importância da questão do trabalho como uma afirmação do seu reconhecimento social — a constituição e afirmação social da pessoa.

Ao desenvolver o conceito de *estórias de vida*, Charlotte Linde (1993b) discute o conceito de coerência na narrativa. Para a autora, “Coherence is a property of texts; it derives from the relations that the parts of a text bear to one another and to the whole text...Coherence must also be understood as a cooperative achievement of the speaker and the addressee”. O processo de criação de coerência não é uma questão clara; ela se constitui como uma obrigação (demanda) social que precisa ser cumprida de forma que os participantes apresentem-se como membros competentes em suas culturas (haver um consenso, uma adequação). No caso de narrativas que formam parte de uma história de vida, esta demanda equivale a uma obrigação de proporcionar coerência, normalmente, na forma de cadeia de causalidade. Em nossa análise, utilizaremos o referencial de Linde (1993b) para entendermos como o paciente constrói – ou tenta construir – sua narrativa de forma coerente, para seu interlocutor.

Os princípios, segundo Linde (1993b), que estabelecem uma coerência são a causalidade e a continuidade. A autora analisa o conceito de criação de causalidade adequada nas narrativas a partir da escolha do narrador pelo conceito de *caráter* ou de outras *múltiplas razões* para descrever os eventos que constituem sua história. A continuidade refere-se à demanda social de que os eventos da história de vida tenham uma seqüência temporal, pelo menos no que se refere à cultura ocidental. Ao discutir tais princípios, a autora constata que,

na cultura americana, um dos pressupostos para a construção de uma identidade é a escolha da profissão e da consistência dessa escolha. A escolha profissional não é, certamente, um elemento universal na construção da identidade individual e social, assim como o ponto que determina uma causalidade adequada para explicar uma coerência narrativa dessa identidade não pode ser generalizado para todas as culturas e subculturas, ou para diferentes classes sociais e mesmo dentro da classe trabalhadora. Com essas considerações, Linde pressupõe que há todo um trabalho para manter uma coerência e uma continuidade no discurso que justifique e explique uma escolha. Portanto, a mudança de uma profissão para outra ao longo da vida deve guardar uma coerência.

Aparentemente, Victor não preenche os princípios de coerência propostos por Linde (1993). A sua escolha de profissão foi orientada “pelo acaso”. De acordo com os pressupostos de Linde, este não é um princípio aceito como consistente para justificar uma escolha profissional. Porém, Victor diz também: “*mas eles me influenciaram e eu gostei*” (linha 3). Neste trecho, o paciente estaria apontando para a descontinuidade de sua narrativa, justificando sua escolha pela escolha de seu avô e de seu pai ou construindo sua própria narrativa apoiando sua escolha profissional na herança de classe trabalhadora de seus pai e avô, reencontrando uma certa coerência, a da sua própria narrativa? Parece-nos que exatamente, ao recontar essa estória, a profissão aprendida torna-se escolhida, pois ele passa a “gostar dela”, identifica-se nela, constitui uma identidade profissional.

Na linha 4, Victor passa a narrar o atual emprego, e ele o faz de forma a pressupor que seu interlocutor conhece toda a sua história laborativa. Ele não se detém em descrever antigos empregos; não é esse seu objetivo. Sua finalidade é descrever como seu trabalho atual é sentido como um fardo, que traz um peso para o corpo que já está doente e revela a distância de sua verdadeira identidade profissional.

O narrador tende a se afastar da explicação quando não consegue dar coerência. Ele precisará fazer um esforço maior para explicar a descontinuidade. A coerência é atribuída – na descontinuidade – através de justificativas externas ou até mesmo assumindo a descontinuidade. Seja na continuidade ou da descontinuidade, há o trabalho de manter a coerência, pois o descontínuo, na maioria das vezes, tem uma representação social negativa. Ao retornarmos ao texto de Linde (1993b), verificamos que essa “quebra” da narrativa aponta a descontinuidade do seu discurso.

Mishler (1992) discute a construção da narrativa da história de trabalho através da seqüência cronológica de escolhas dos empregos. Dessa forma, ele conclui que uma narrativa bem-estruturada na tradição da cultura ocidental deve ter, além de outros elementos, as séries de eventos narrados dentro de uma ordem temporal (LABOV, 1972; LABOV e WALETZK, 1967 apud MISHLER, 1992). E não é esta a estrutura de narrativa que Victor nos apresenta. Ele descreve momentos diferentes de atividades, também, diferentes, sem se preocupar com a época em que ocorreram. Não se observa a seqüência cronológica dos eventos. Ele parece

mais preocupado em descrevê-los segundo uma seqüência de importância que os acontecimentos do trabalho tiveram em sua vida.

Essa posição de Victor chama a atenção para o fato de como as narrativas, ao organizarem os discursos, desempenham papel no processo de construção de identidades sociais. No nosso exemplo, a identidade profissional. Não há um discurso que ocorra num vácuo social. Ou seja, para se compreender a prática discursiva ou o processo de construção de significado, é essencial que se considerem as contingências macro-sociais nas quais se vive (MOITA LOPES, 2001). Tomamos como um referencial macro-social possível, neste estudo, o mundo do trabalho entendido como um objeto que ocupa um lugar de centralidade na vida das pessoas (ANTUNES, 2000).

O discurso é, portanto, constitutivo da vida social, é uma ação através da qual os participantes discursivos se constroem, constroem os outros e constituem o mundo social. Tomar o discurso como ação permite dizer, então, “que não estamos meramente posicionados, de forma passiva, mas somos capazes também de atuar como agentes” (FAIRCLOUGH apud MOITA LOPES, 2001). Essa idéia do discurso como uma ação em constante possibilidade de mudança nos leva a vincular a visão de indivíduos que, também, podem construir suas identidades a partir de diferentes momentos e posições em diferentes narrativas. Ao vincular a construção da narrativa e, portanto, das identidades sociais às contingências sócio-históricas, abandonando visões autônomas da linguagem, permite explicar os múltiplos modos de se expressar as identidades co-construídas. As identidades sociais estariam em um constante fluxo/processo. Não seriam fixas, permitindo se (re-) construir no processo social de construção de significados. Como aponta Hall (apud MOITA LOPES, 2001): “na verdade as identidades têm a ver com questões de uso dos recursos da história, da linguagem e cultura no processo de tornar-se, em vez de ser”. Dessa forma, podemos perceber como Victor pôde falar de uma identidade profissional passada – mecânico naval – construída a partir de uma identificação com seus antepassados (pai e avô) e que lhe permitiu construir uma identidade social – ele era reconhecido por ser um trabalhador e sempre havia pessoas solicitando seus serviços; ele era bom naquilo que fazia. O trabalho é o que determinava sua inserção macro-social. Esta análise é compatível com a discussão feita por Jardim (1996) ao estudar o caso dos pilotos de trem do metrô do Rio de Janeiro. A autora constata que, ao desenvolverem um trabalho com o qual não haviam necessariamente sonhado, os pilotos reafirmam sua identidade social de trabalhadores inscrita numa temporalidade macro-social mais longa (identidade de classe), mais antiga; e fundam uma nova identidade profissional, a de “piloto de trem”, inscrita numa temporalidade micro-social mais recente, mais pontual.

No segmento 2 discutiremos como o paciente constrói diferentes narrativas que demonstram a (re)criação de diferentes identidades – como a de doente psiquiátrico e a profissional. Victor narra um sonho que teve com seu antigo trabalho e com as pessoas com as quais trabalhava. Conta que repetidas noites tem o mesmo sonho e que o mesmo tem lhe provocado muita tristeza e solidão.

3.2 Segmento 2

O discurso co-construído

“Só dá se for no sonho” : a satisfação do trabalho

- (11).Victor: eu ontem sonhei,sabe?
 (12).Médica: é?
 (13).Victor: é é é sonhei que abria um motor de navio
 sabe como é?
 é.... acordei suando é
abri um motor é a coisa mais linda que tem, doutora
é sim
 a gente abria, mexia nas peças, limpava tudo e fechava
 (14).Médica: um motor?
 (15).Victor: um motor de navio, sabe?
 trabalhei em grandes companhias de navegação
 fiz muito curso sabe? curso profissionalizante sabe?
 [longo suspiro, cabisbaixo] (1.7)
 no sonho sentia até o cheiro da tinta sabe doutora? foi real
 parecia que tava acontecendo de verdade
 a senhora já sentiu sonho assim? a senhora sabe como é né?
 (16).Médica: como é sentir um sonho assim?
 (17).Victor: é, é.. sonho que parece verdade
 foi como se eu tivesse lá no navio de novo.. trabalhando
 sabe sabe, dava satisfação fazer o trabalho
 vê o navio todinho arrumado
 no sonho eu vi
 eu, todo mundo... trabalhando
 dá satisfação receber o dinheiro no fim fim
 do mês
 mesmo que injusto

Linde (1993a) propõe que a narrativa acontece numa relação; requer um interlocutor. Ela é um ato em si. Diríamos que é uma maneira de prolongar uma relação.

Seguindo essa idéia da autora, uma gama de relações está envolvida na narrativa: a relação do narrador com o interlocutor, do narrador com os personagens da narrativa, entre os personagens da narrativa, do interlocutor com os personagens. E é, também, numa entrevista psiquiátrica, que tais relações vão se estabelecer permitindo a criação de uma narrativa que não terá apenas o significado de um “inquerito”. A entrevista médica tem o caráter de busca

de uma verdade – a do diagnóstico - porque o discurso da medicina está cunhado na doença e não na pessoa (MISHLER, 1986; CLARK e MISHLER, 1992).

A abordagem sociolingüística interacional descreve o ato de narrar como um processo de interação e uma co-construção entre narrador e interlocutor, de tal forma que se espera uma atitude que permita o surgimento de elementos de apoio para que o contador de estória possa construir sua narrativa.

Na entrevista médica, é necessário que o interlocutor (o médico) mude sua posição para que a narrativa aconteça, pois é o médico quem detém o roteiro da entrevista e é, também, a ele atribuído o controle do tópico. Existe, portanto, toda uma expectativa estrutural e discursiva, de que é o médico quem vai orientar o conteúdo da narrativa. A mudança de posição do médico na posição de interlocutor ocorrerá no momento em que ele abre mão de seu turno, havendo uma mudança no seu tipo de discurso e no seu alinhamento, de forma que passe a ser um recipiente. Dessa forma, na relação médico-paciente, o controle do tópico (= roteiro) passa a ser em parte do paciente.

Victor descreve com clareza cenas de uma atividade de trabalho que ele realizava e que agora só são possíveis de serem lembradas se forem no sonho. É interessante marcar como, em todo momento, o narrador chama o interlocutor para si, buscando uma ratificação do que diz. Expressões como “*sabe*”, “*sabe como é*”, “*né*” (linha 15) enunciam que o narrador busca essa ratificação. Tal postura de estar sempre chamando a si o interlocutor é uma constante na fala desse paciente. A médica fornece, então, ao paciente, traços de “apoio” que retro-alimentam o processo interacional e a co-construção da narrativa. Nas expressões *já* (linha 9), *e?* (linha 12) e *um motor?* (linha 14), identificamos como a interlocutora mantém o esforço para que o paciente continue a contar sua história, permitindo que ele relate não só sua doença, mas também a sua história de trabalho.

Observamos, também, seqüências de ações coordenadas envolvendo ambos os participantes como, por exemplo, a fala da médica que, freqüentemente, complementa a do paciente em turnos engatados (linhas 6, 7, 8 e 9) (TANNEN, 1989).

Nos segmentos 1 e 2, podemos identificar que paciente e médico constroem, durante o encontro clínico, um relato histórico compartilhado do que está acontecendo com o paciente. A doença é considerada como parte da história pessoal e interpessoal. A narrativa incorpora elementos do cotidiano e reflete um gênero no qual o paciente é o protagonista, o que Mishler (1984) denomina como voz do cotidiano, uma das maneiras possíveis de representar o gênero narrativo, diferindo da voz da Medicina, na qual o único protagonista é o corpo e a narrativa um reflexo dessa visão.

O reconhecimento por parte dos ouvintes marca não somente uma orientação compartilhada sobre o cenário, como também indica que eles estão assumindo seu papel de interlocutores da história. Dessa forma, quando a médica faz perguntas (linhas 2, 12 e 14), ela demonstra uma preocupação persistente com a estória do paciente. A história do trabalho pode, então, ser contextualizada na interação a partir da história que surge.

Uma outra mudança que se faz necessária para que surja a estória do paciente é a mudança de turno: o interlocutor abre mão de seu turno possibilitando transformar a entrevista em entrevista-conversa. Haverá sempre o esforço de natureza social e discursiva/lingüística por parte do profissional para articular os diferentes discursos: o pessoal e o da medicina.

Compondo este “par adjacente”, está o paciente que traz consigo as expectativas do discurso da medicina. Raramente, o paciente utilizar-se-á do recurso de fazer perguntas ao seu interlocutor, pois não é esta a atitude esperada. Mas esta postura pode se modificar à medida que surge o discurso pessoal. É na pergunta que está a possibilidade para a narrativa.

Também a presença de períodos mais longos de silêncio, observada durante a narrativa, aponta para o que vários autores (MARCHUSCHI, 1986; LINDE, 1993a; RIBEIRO et al, 1995) descreveram como um recurso da própria constituição da narrativa — o silêncio como um espaço de interpretação ou de entrada da fala de outra pessoa. Na linha 4, Victor faz pausa quando fala que o trabalho atual na barraca é muito cansativo e, em seguida, conclui que o sinal clínico de pé inchado é uma consequência das longas jornadas de trabalho árduo, em pé na barraca. Ele faz uma reflexão e correlaciona o sintoma com a atividade de trabalho. Nas linhas 13 e 17 (Segmento 2), as pausas também funcionam como recurso que permite refletir sobre o sonho que ele teve. Ele acordou suando (linha 13) no meio do sonho quando tinha a imagem de que montava um motor de navio e concluiu que *“abri um motor é a coisa mais linda que tem, doutora”*. E na linha 17, ele descreve que o sonho foi como uma imagem real do tempo em que trabalhava e o trabalho dava satisfação.

O narrador descreve com clareza cenas de uma atividade de trabalho que ele realizava e que só agora são possíveis de serem lembradas através do sonho. Em vários momentos do trecho, encontramos marcas que sinalizam o envolvimento que o narrador tem quando fala deste trabalho:

- nas ênfases: “*abri um motor é a coisa mais linda que tem, doutora é sim*”
- nas justaposições paradoxais: “*sonho que parece verdade*” “*dá satisfação receber o dinheiro no fim fim do mês mesmo que injusto*”
- nas pausas: “*é, é..*”

Mas quando este trabalho passa a ser aquele que, ao mesmo tempo, gera, também, sofrimento?

3.3 Segmento 3

Quando o trabalho adocece

- (18).Victor: mas aí aí eu fiquei doente
 primeiro foi o tombo aquele sabe?
 que caí do navio e machuquei a coluna
 depois veio o problema psiquiátrico
 a senhora sabe né? NÃO SABE?

mas eles não querem dá como acidente sabe
a senhora acha que fiquei maluco por causa da tinta?
acha?

(19).Médica: é possível que haja uma forte relação
[acc]

(20).Victor: pois é pois é
doutor do Pedro Ernesto me deu o laudo
eu já mostrei não mostrei?

(21).Médica: hã hã

(22).Victor: tô cansado

[chorando]

muito cansado doutora....

minha irmã diz que eu sou maluco

e me proíbe de ir lá em casa

não entende que fiquei maluco por causa do

trabalho só a senhora entende

lá no INSS³ o perito não acredita que fiquei doente

por causa do trabalho

[abaixa a cabeça e fica pensativo]

é uma luta , né?

fico lá na fila, entendeu?

e aí aqui no INSS, a moça marcou pra fazer uma perícia na sexta-feira com
médico,

já pra pra outro tipo de perícia, entendeu?

ele vai, entendeu?

não é aquele tipo de papelzinho marrom, não, é outro tipo de perícia,
pra ver se realmente eu tenho.

aí eu falei “se eu passar na perícia eu começo a receber o dinheiro”.

(23).Médica: E ela explicou a você alguma coisa por que você recebeu aquele aviso,
que veio pelo...=

(24).Victor: = de Brasília?

(25).Médica: é.

(26).Victor: é porque em 96 eu não contribuí pro INSS, entendeu?

aí, perguntou porquê que eu não contribuí...

aí eu falei.

aí fui na assistente social e expliquei que eu tava em tratamento tava doente,
né?=
doente,

(27).Médica:= ham ham.

(28).Victor: aí a assistente social foi e colocou:.,

preencheu: o papel direitinho que eu estava em tratamento derivado do acidente de trabalho número tal, tal, tal, tal e tal.

aí mandou eu dá entrada na junta de recurso.

aí eu dei entrada na junta de recurso.

agora veio a resposta, depois de quase dois meses

aí eu vou fazer uma perícia médica lá.

(29).Médica: Já tinha tudo isso?

(30).Victor: hã ?

No segmento 3, aparece a relevância e a estigmatização da doença psiquiátrica na vida do indivíduo. A entrevista com Victor permite examinar o papel da narrativa na constituição da doença, em particular como as narrativas de doença são estruturadas e como refletem ou dão forma a modelos distintos de viver a experiência da doença. Victor fala da mágoa de um trabalho que o tornou doente, mas que, ao mesmo tempo, lhe dava prazer; e de uma mágoa maior ainda, a de não ter a doença reconhecida pelas autoridades do sistema de saúde e da previdência social, como uma doença ocupacional. Além de perder as condições de saúde que lhe permitiam trabalhar, também não consegue ter como legítima sua doença.

Ao estudar como indivíduos vivenciam e interpretam seu adoecimento, Good (1996) propõe como se pode estabelecer a narrativa para descrever o início do adoecimento. Segundo o autor, as pessoas doentes podem atribuir o início de sua doença a diferentes causas como a doença que se inicia com um trauma emocional; a que se inicia na infância; a que se inicia sem uma causa aparente; aquela cujo início é marcado por período de tristeza, pobreza e sofrimento; e o início, que é consequência de um “mau olhado”. Neste último modelo, aparece o elemento do mistério, que está presente em muitas culturas. Nesse mesmo trabalho, Good (1996) observou que as histórias contadas sugeriram que tanto as pessoas doentes quanto seus familiares abriam a possibilidade não somente da criação de vários possíveis finais para a história que eles contaram, mas que sustentavam vários enredos como potenciais maneiras de interpretar suas doenças.

Quando analisamos os dados da entrevista apresentada neste trabalho, podemos observar que, na narrativa de Victor, a doença aparece como algo *que faz parte tanto de seu corpo como de sua vida*: são as dores, a diabetes, o problema da coluna e a doença que o discrimina e o exclui da força de trabalho. É o momento *Quando a doença parece não ter solução* e só lhe resta permanecer na fila entre os miseráveis enquanto aguarda que sua doença seja reconhecida como uma patologia ocupacional, ou seja, *quando a história de vida passa a ser a história da doença*. O paciente narra uma das possíveis explicações de como sua doença iniciou, evoluiu e “tende” a terminar.

Para Victor, a narrativa é uma forma em que a experiência pode ser representada e recontada, em que eventos são apresentados como tendo uma significação. Para ele, a questão é tentar estabelecer qual a relação entre a sua história e a sua experiência da doença. Em sua

narrativa, surge o que Good (1996) destaca sobre os dois aspectos do enredo na teoria narrativa, ou seja, o enredo como estrutura destacada de uma estória e a construção do enredo pelo ouvinte (“employment”) e como a atividade de um leitor ou de ouvinte que se envolve na construção do sentido da estória. Nesse segmento da entrevista analisado, o elemento do enredo como estrutura destacada da estória surge na narrativa do paciente na tentativa de estabelecer uma relação entre sua história e sua doença.

Percebemos que, para Victor, não basta a doença representada na biomedicina, pois aqui ela está localizada no corpo, em lugares específicos ou em processos fisiopatológicos. As narrativas daqueles que sofrem representam a doença como presente em suas vidas. É através do que Good (1996) denomina de “táticas” de subjetividade, que tomadas conjuntamente, representarão a narrativa fornecendo a possibilidade de entendimento sobre a natureza da experiência da doença. O autor terminará dizendo que a doença está no campo da historicidade humana, na temporalidade dos indivíduos, das famílias desses indivíduos e das comunidades onde eles se inserem.

No segmento 4, o paciente fala do artifício – “a mentira” – que ele tem que usar para manter seu novo emprego. Para ele, mentir significa atestar sua nova condição, a de “doente profissional”, porque ser doente é experimentado como sua nova profissão, sua nova identidade.

3.4 Segmento 4

A “mentira” / O doente “profissional” = doente psiquiátrico

- (31). Victor: aí, meio-dia ele vai embora porque a mulher dele tá com mioma, ex-mulher dele.
 ele tem que olhar as crianças que tá no Pedro II,
 uma tem 12 anos, a outra tem 10.
 ele tem que olhar as crianças..
 aí ele sempre me deixa a bucha, né?
 oh::, é::,
 depósito tem que dá vinte, “você dá só dez”.
 é::,
 “o gelo diz que essa semana não pode pagar”.
 aí, eu fico contando estória.
 eu não gosto de contar estória,
 mas::... eu tenho que contar história mesmo,
 ficá segurando bucha,entendeu?
 e::: contando estória.
 QUEM CONTA ESTÓRIA SOU EU.
 aí, eu falo “oh: Sebastião,oh” ,

“a mulher da cadeira tem que dá trinta, dá só vinte.
depois a gente dá dez na semana que vem”.
aí, eu conto a história...
mas aquilo pra mim puxa um astral ruim pra mim, entendeu?
não é um astral bom pra mim ficar contando estória,
ficá assim...
puxa negatividade pra mim .
as pessoas aceitam, entendeu?
mas, é::, as pessoas aceitam.

(32).Médica: você não se sente bem.

(33).: e:: não:, é::...

eu achava assim, vai montar tem que ter dinheiro.
se não tem dinheiro não monta, entendeu?

(34).Médica: sei.

(35).Victor: um dia desses vinha pra cá
e o chefe da segurança sabe? ele ele me conhece
perguntou assim pra mim: “Victor tá indo pro hospital dos maluquinhos?”
e aí eu respondi: “é é eu me trato lá”
ele ficou sem graça sabe
é isso que as pessoas pensam
que sou maluquinho
eu só vivo de médico em médico
a minha profissão é doente doente profissional
não gosto disso queria tá trabalhando
queria que fosse reconhecido que a tinta
me deixou doente
é mais digno
queria sair da rua das filas dos dos
miseráveis
eu sei que a senhora é médica
mas sabe a gente precisa falar com alguém.
a senhora entende esse negócio do trabalho
aqui é da saúde do trabalhador

Nesses dois trechos da entrevista, Victor apresenta dois pontos que nos parecem duas faces de uma mesma moeda. Primeiro, ele descreve suas estratégias para conservar seu atual emprego: *ele conta estória*. Ele reproduz a fala de seu sócio/patrão para descrever que cabe a ele inventar estória às pessoas para justificar o não pagamento das contas, pois, dessa forma, é possível manter a barraca funcionando, adiando o pagamento para quando houver dinheiro.

Contar histórias é *segurar a bucha*; contar histórias não é avaliado como uma atitude nobre ou honesta. Mesmo havendo uma tolerância das pessoas, contar histórias é entendido por Victor como *negativo*. Há aqui o elemento de mistério: fazer algo e ser castigado por tê-lo feito. Não é incomum observarmos que, na cultura brasileira, esse elemento do mistério interfere na vida das pessoas quando elas adotam determinadas condutas. Dessa forma, a crença no mistério é tomada como um critério de avaliação de tais condutas (diz-se: “*fazer isso atrai coisa ruim*”); ao mesmo tempo em que passa a constituir um componente determinante de novas condutas.

No outro trecho, surge novamente a estigmatização da doença psiquiátrica. Novamente, o narrador se reporta à fala de outra pessoa que o chama de *maluquinho*. Essa possibilidade de reproduzir a fala de um outro narrador aparece como um recurso interessante, usado por Victor sempre que ele quer enfatizar algum trecho de sua própria narrativa.

Quando ‘*ser doente*’ passa a ser a profissão, o trabalho agora é o de percorrer hospitais, ambulatórios em busca da consulta médica. Porém, nas quatro últimas frases, o paciente revela que esse é o lugar possível, no momento, para que a sua his (es) tória possa ser ouvida, um lugar onde o seu interlocutor lhe possibilite que ocorra um outro discurso que não só o da medicina: “*eu sei que a senhora é médica/ mas sabe a gente precisa falar com alguém/ a senhora entende esse negócio de trabalho/ aqui é da saúde do trabalhador*”. É nessa nova instância que ele localiza a possibilidade de ser não somente um doente mental, mas, talvez, se restabelecer da doença e adquirir condições para desempenhar uma nova atividade de trabalho, ou seja, buscar uma nova identidade profissional.

Considerações finais

A análise dos quatro segmentos da entrevista psiquiátrica realizada em um serviço de referência em Saúde Mental do Trabalhador permitiu-nos articular questões que envolvem como um paciente constituiu sua identidade pessoal e social pela via de sua história de trabalho e como sua tentativa de reconstrução dessa identidade a partir do ponto em que o trabalho não é mais possível em função do processo de adoecimento. No último segmento analisado, surge a narrativa de reconstrução da identidade como paciente psiquiátrico e quais os impactos disso no seu universo micro e macro-social. O paciente apresentado neste trabalho percorreu a difícil trajetória para o estabelecimento de um diagnóstico mais acurado e, posteriormente, para o seu reconhecimento tanto nos meios social e médico quanto pelos órgãos previdenciários brasileiros. A dificuldade em se estabelecer onexo causal entre uma doença psiquiátrica e o trabalho se deve, inicialmente, à omissão do médico em considerar que a simples pergunta ‘*qual a sua profissão*’, na anamnese, pode fornecer dados importantes para a construção da história da doença. Newman (1995) chama a atenção para o empobrecimento das entrevistas médicas quando se trata dos aspectos relacionados à vida laborativa do indivíduo.

Esses elementos da análise estão relacionados com a forma como o paciente vivencia e narra sua experiência de adoecimento. A partir da mudança do modelo de consulta médica que, frequentemente, constitui-se como um momento de coleta de dados sobre a história do adoecer da pessoa e de estabelecimento de um diagnóstico e tratamento (modelo biomédico), tem-se um modelo que permite o aparecimento da narrativa durante o encontro médico/paciente. Ou seja, há a mudança do modelo de entrevista médica, baseada no formato *pergunta/resposta*, para um modelo que permita ao paciente narrar suas histórias. Muito do que se produz na literatura sobre narrativas da doença tem se dirigido às características estruturais das histórias, suas relações com história de vida, os tipos de doenças conhecidas e o que elas revelam sobre o impacto da doença nas vidas das pessoas. Há, por parte do paciente, a expectativa de construir não só o relato de sua doença como, muitas vezes, de sua vida. Ou seja, contar história.

Mas o surgimento da narrativa numa entrevista médica só é possível quando há uma mudança na posição dos participantes: o médico assume uma posição de ouvinte, enquanto o paciente ocupa o turno de narrador e, portanto, co-construtor de uma história. Nos segmentos analisados neste trabalho, foi possível verificar que a mudança do modelo da entrevista médica – no caso analisado, na entrevista psiquiátrica – permitiu mostrar que a construção de uma narrativa numa entrevista médica significa ter ao alcance um método clínico de pesquisa que permita não só entender melhor o fenômeno do adoecimento humano, com seus efeitos evolutivos, os procedimentos terapêuticos etc., mas que o diagnóstico psiquiátrico se constitui como uma prática narrativa que implica uma mudança na forma de pensar a prática clínica em geral, permitindo conhecer a história de quem narra ajudando-o a estabelecer uma posição diante de sua doença. A escuta da história de trabalho desse paciente viabilizou também um diagnóstico psiquiátrico mais acurado e uma condução terapêutica mais eficaz. O paciente deixou a mendicância e passou a exercer uma posição mais reivindicatória de seus direitos como trabalhador desempregado e adoecido, e a desenvolver alguns biscates que lhe dão melhor inserção social.

ABSTRACT: The authors discuss the proximity between Linguistics and Medicine. Beyond the interface between psychiatric interview and narrative, we introduce the construction of psychiatric diagnosis concerned with life and, specifically, work stories. We present quotations from a psychiatric interview with an unemployed worker. He could re-construct his professional identity through a narrative construction that included his story as a worker. In the construction of that narrative we took into consideration the patient's interaction with a psychiatrist available to listen to his stories. In that way a more precise psychiatric diagnosis, and better treatment and life orientation for the patient were achieved. The Narrative Analysis methodology was used when analyzing data.

Keywords: Psychiatric interview; Narrative analysis; Professional identity.

Apêndice

Convenções para Transcrição⁴

..	pausa observada ou quebra do ritmo de fala, com menos de 0.5 segundos
...	pausa de meio segundo, medida com cronômetro
....	pausa de um segundo
(1.5)	números entre parênteses indicam a duração da pausa acima de um segundo
.	descida leve sinalizando final de enunciado
?	subida rápida sinalizando uma interrogação
,	subida leve sinalizando que mais fala virá
-	parada súbita
:	alongamento de vogal (um maior número de sinais ::: indica maior alongamento)
<u>sublinhado</u>	ênfase
MAIÚSCULAS	muita ênfase ou acento forte
/palavras/	fala em voz baixa
//palavras//	fala em voz muito baixa
()	transcrição impossível
(palavras)	transcrição duvidosa
=	dois enunciados relacionados por = indicam que não há pausa na fala
[acc]	fala acelerada (na linha acima do enunciado)
[dec]	fala mais pausada (na linha acima do enunciado)
[não verbal]	descrição dos movimentos não-verbais (mudança de postura e orientação), indicada uma linha abaixo do segmento de fala, em colchetes.

Notas

¹ Jardim & Vorsatz (1996) definem “situação-problema” como as situações de vida onde o sofrimento aparece ou não como sintoma e onde o primeiro objetivo de intervenção é exatamente dar lugar a esse sofrimento. Não se trata da ocorrência de uma doença natural onde a intervenção é apenas desvendar, diagnosticar e tratar.

² Nome fictício.

³ Instituto Nacional de Seguridade Social.

⁴ Baseado em Tannen (1989).

Referências

- ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2000. 259p.
- CLARK, J. A.; MISHLER, E. G. Attending to patients' stories: reframing the clinical task. *Sociology of Health and Illness*, v. 14, n. 13, p. 344-371, 1992.
- FAIRCLOUGH, N. *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press, 1992 apud MOITA LOPES, L.P. Práticas narrativas como espaço de construção das identidades sociais:

- uma abordagem socioconstrutivista. In: Ribeiro, B.T, C.C. Lima e M.T.L. Dantas, Narrativa, Identidade e Clínica. Rio de Janeiro: Coleções IPUB, 2001, p. 55-71.
- GOOD, B. J. Medicine, rationality and experience: an antropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 135-165.
- GREENHALGH, T.; HURWITZ, B. Narrative Basead Medicine. Why study narrative? British Medical Journal, n. 318, p. 48-50, 1999.
- HALL, S. Who needs identity? 1996 apud MOITA LOPES, L.P. Práticas narrativas como espaço de construção das identidades sociais: uma abordagem socioconstrutivista. In: Ribeiro, B.T, C.C. Lima e M.T.L. Dantas, Narrativa, Identidade e Clinica. Rio de Janeiro: Coleções IPUB, 2001, p. 55-71.
- JARDIM, S., SILVA FILHO, J.F. Profissão: Identificação e Projeto. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 6(1/2):101-119, 1996.
- JARDIM, S.; Vorsartz, I. Assistência em Saúde Mental dos trabalhadores: das 'situações-problema' aos 'casos'. Cadernos IPUB/IPUB, n. 3, p. 83-98, 1996.
- LABOV, W. The transformation of experience in narrative syntax. In: LABOV, W (ed), Studies in the black english vernacular. Filadelfia: University of Pennsylvanis Press, 1972, p. 354-396.
- LABOV, W.; WALETZK, J. Narrative analysis: oral versions of personal experience. Essays on the verbal and visual arts. Seattle: University of Washington Press, 1967, p. 123-144 apud MISHLER, E. G. Work, identity, and narrative: na artist-craftsman's story. In: Rosenwald, G. C. & R. L. Ochgerg (eds.), Storied Lives: the cultural politics of self- understanding. NH: Yale University Press, 1992, p. 23- 37.
- LAUNER, J.; LINDSEY C. Training for systemic general practice: a new approach from the Tavistock Clinic. Br J Gen Pract, v. 17, p. 153-156, 1997.
- LINDE, C. Narrative and the iconicity of the self. In: Linde, C., Life Stories: The Creation of Coherence. NY: Oxford University Press, 1993a, p. 98-126.
- LINDE, C. Coherence principles: causality and continuity. In: Linde, C., Life Stories: The Creation of Coherence. NY: Oxford Press, 193b, p. 127-162.
- MARCHUSCHI, L. A. Análise da conversação. São Paulo: Editora Ática, 1986, p. 9-13.
- MISHLER, E. G. Work, identity, and narrative: na artist-craftsman's story. In: Rosenwald, G. C. & R. L. Ochgerg (eds.), Storied Lives: the cultural politics of self- understanding. NH: Yale University Press, 1992, p. 23- 37.
- MISHLER, E. G. Narrative accounts in clinical and research interviews. In: Gunnarrson, B., L. P. Linell & B. Nordberg (eds.), The construction of professional discourse. London: Longman, 1995, p. 1-26.
- MISHLER, E. G. The analysis of interview narratives. In: Theodore R. Sarbin (ed), Narrative psychology: The storied nature of human conduct. NY: Praeger Publishers, 1986, p. 233-255.
- MISHLER, E.G. The discourse of medicine: dialectics of medical interviews. New Jersey: Ablex Publishing Corporation, 1984.

- MOITA LOPES, L.P. Práticas narrativas como espaço de construção das identidades sociais: uma abordagem socioconstrutivista. In: Ribeiro, B.T, C.C. Lima e M.T.L. Dantas, Narrativa, Identidade e Clínica. Rio de Janeiro: Coleções IPUB, 2001, p. 55-71.
- MOLLICA, M. C. A Contribuição da Lingüística na área da saúde. Cadernos IPUB, n. 5, p. 1-6, 1997.
- NEWMAN, L.S. Occupational illness. The New England Journal of Medicine, v. 333, n. 17, p. 1128-1134, 1995.
- PINTO, D. O papel social e discursivo da paciente/responsável: uma análise do discurso de pacientes internadas no Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Cadernos IPUB, n. 5, p. 107-126, 1997.
- RIBEIRO, B. T. Transcrição e análise: A formatação de entrevistas psiquiátricas. Revista Tempo Brasileiro: linguagem, interação e cognição, n.117, p. 143-154, abril/junho 1994.
- RIBEIRO, B. T. Análise de enquadres em uma entrevista psiquiátrica. Cadernos IPUB, n. 5, p. 39-78, 1997.
- RIBEIRO, B. T. Por que ouvir estórias na entrevista psiquiátrica? De quem e do que estamos falando? In: Ribeiro, B.T, C.C. Lima e M.T.L. Dantas, Narrativa, Identidade e Clínica. Rio de Janeiro: Coleções IPUB, 2001, p. 73-92.
- RIBEIRO, B.T.; CALDAS-COULTHARD, C.R.; BASTOS, L.C.; PAREDES, V.L. Quatro Interpretações de uma Narrativa. Revista Palavra, n.3, p. 43-47, 1995.
- RIBEIRO, B.T. & GARCEZ, P.M. Sociolingüística Interacional: Antropologia, Lingüística e Sociologia em Análise do Discurso. Porto Alegre: AGE Editora, 1998, 159p.
- TANNEN, D. Talking voices. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.