

# Metamensagens no discurso de um paciente psiquiátrico\*

Branca Telles Ribeiro \*\*  
Diana Pinto\*\*\*  
Cristina Costa Lima\*\*\*\*



## Abstract

his article investigates the meta-messages that are conveyed in the discourse of a patient in a psychiatric interview in the light of the Interactional Sociolinguistics approach.

---

\* Uma versão preliminar deste trabalho foi apresentada junto ao I Congresso de Paradigmas de Atenção Psicossocial, realizado no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1996.

\* Pesquisadora do CNPq e coordenadora do Projeto Integrado junto ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisadora do Projeto Integrado Contexto e Coerência no Discurso Psicótico.

\*\*\* Professora visitante do mestrado em Linguística da Universidade Federal de Juiz de Fora e professora do Departamento de Letras da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Pesquisadora do Projeto Integrado Contexto e Coerência no Discurso Psicótico.

\*\*\*\* Fonoaudióloga e pesquisadora junto ao Projeto Integrado (IPUB/UFRJ).

## Introdução

A análise de interações face a face em uma instituição psiquiátrica suscita uma série de indagações ao estudioso do discurso: como se dá a construção discursiva nas interações médicos e pacientes? Quais os recursos lingüísticos e discursivos que orientam os participantes na sinalização e na compreensão dos processos de contextualização do discurso?

A partir da análise do discurso de situações de comunicação em contextos naturais, o Projeto Integrado Contexto e Coerência no Discurso Psicótico<sup>1</sup> objetiva consolidar a interface entre a Lingüística e a Psiquiatria, investigando as comunicações consideradas patológicas. As pesquisas focalizam sobretudo os complexos processos de construção da coerência constitutivos do discurso psicótico (Pinto e Ribeiro, 2001; Ribeiro, 1994a; Ribeiro, 1997; Ribeiro e Lopes Dantas, 2001). Neste estudo, propomos apresentar, de forma sucinta, a análise de uma entrevista psiquiátrica, investigando especificamente as metagens advindas do discurso de um paciente psiquiátrico em situação de entrevista. Veremos de que forma estas metagens corroboram na construção e contextualização deste encontro face a face, sinalizando “o que está acontecendo aqui e agora”.

### 1. A análise do discurso na situação interacional

A análise do discurso oral tem fomentado pesquisas sobre o uso da língua na interação face a face. Conversas do dia a dia representam o dado mais comum, mas vários trabalhos analisam também outros gêneros discursivos, como, por exemplo, entrevistas, palestras, o discurso de sala de aula, encontros de trabalho, etc. Conforme nos é indicado por Tannen (1989), os estudos freqüentemente enfatizam ora aspectos lingüísticos, ora aspectos interacionais, dependendo do interesse do pesquisador. Aqueles que utilizam o conhecimento lingüístico para explicar o processo e os resultados de uma interação integram a área de estudo intitulada *sociolingüística interacional* (Ribeiro e Garcez, 1998).

Essa abordagem do discurso resulta inicialmente do trabalho pioneiro do antropólogo Gregory Bateson ([1972]1998) sobre a natureza do paradoxo na comunicação. Bateson indica que nenhuma elocução do discurso pode ser compreendida sem fazermos uma referência à metagem do enquadre, pois esta contém um conjunto de instruções para o ouvinte, da mesma forma como uma moldura em torno de um quadro representa um conjunto de instruções dadas ao observador indicando para onde dirigir o seu olhar. Delimita pois figura e fundo, ruído e sinal. Delimita ou representa “a classe ou conjunto de mensagens ou ações significativas”.

Na linguagem do dia a dia, alguns tipos de enquadres, como aqueles que sinalizam a natureza da conversa em curso, são freqüentemente (mas

1 O Projeto Integrado Contexto e Coerência no Discurso Psicótico, sediado no IPUB/UFJR, tem apoio financeiro do CNPq.

nem sempre) reconhecidos e representados no vocabulário (por exemplo, “ter uma conversa séria” vs. “ficar de papo furado”). Qualquer elocução pode ter um significado contrário ao que está explícito no discurso, caso o falante opere em um enquadre que sinalize ironia, brincadeira, provocação, ameaça, etc.

A teoria dos enquadres capta o grau de ambivalência presente nas comunicações, suas funções, bem como relações sutis de subordinação entre as mensagens. Bateson propõe que a dinâmica dos enquadres segue a lógica dos conjuntos matemáticos (de inclusão e exclusão, e premissas comuns), sem necessariamente seguir a sua simetria. Opera de forma analógica a uma moldura de um quadro (imagem excessivamente concreta) e/ou a uma linha imaginária de um conjunto matemático (imagem excessivamente abstrata). Os participantes engajados em uma situação de interação face a face estão a todo momento atentos aos sinais que delimitam ou contextualizam os enquadres (“isto é brincadeira?” ou “isto é uma ameaça?”) de forma a fornecer uma resposta adequada à situação presente e melhor corroborar na construção da comunicação em curso.

Coube a Gumperz ([1982]1998, 1992) e a Tannen (1986, 1993) operacionalizarem este conceito nos estudos do discurso oral. Fortemente influenciado pelos estudos de Goffman (1974, [1981]1998) sobre a natureza sociológica dos enquadres, Gumperz preocupa-se em demonstrar como operam os processos de inferência conversacional para uma compreensão adequada das metamensagens. Uma vez que os enquadres são sinalizados de forma indireta, forçando o ouvinte/interlocutor a recuperar o(s) significado(s) implícito(s) do falante, Gumperz analisa detalhadamente este processo presente em todas as comunicações face a face. Afirma que nos utilizamos de sinais – denominados de “pistas de contextualização” – extremamente sutis. Coloca no centro de sua análise teórica os traços lingüísticos contextuais que até então haviam sido considerados marginais ao sistema lingüístico. Esses traços podem ser de natureza paralingüística ou prosódica (como, por exemplo, o ritmo acelerado da fala e a justaposição de falas do falante e seu interlocutor, ou o tom de voz mais alto ou mais baixo, ou ainda o alongamento de sílabas sinalizando maior ou menor ênfase, etc.); podem também ser de natureza não-verbal (Schefflen, 1973; Kendon, 1981, 1992). Dentre os traços não-verbais, o lugar, as configurações de postura e o distanciamento parecem desempenhar um papel central na caracterização dos enquadres (Erickson e Schultz, 1977; Kendon 1992). Streek (1984) afirma que “os participantes em interações face a face apresentam configurações (de postura) e as mantêm para enquadrar fases de atividades conjuntas. Mudanças na atividade, no tópico do discurso, ou na distribuição dos direitos e deveres do falante ou do ouvinte são freqüentemente marcadas por nítidas reorientações de postura dos participantes” (1984: 117).

Tannen (1986, 1993) e Tannen & Wallat ([1993]1998) apontam para os aspectos dinâmicos dos enquadres. Como os participantes encontram-se continuamente inseridos em um processo de mudança e de recontextualização, assinalam que esse processo faz da interação algo extremamente complexo. Por um lado, diferentes enquadres impõem diferentes obrigações aos participantes; por outro lado, a dinâmica dos enquadres se dá de forma indireta,

através de metagensagens, forçando um trabalho inferencial bastante complexo (Tannen & Wallat [1993]1998).<sup>2</sup>

## 2. A construção da referência na entrevista psiquiátrica

Ao analisarmos os processos de contextualização no discurso – a dinâmica do enquadre – também analisamos como se dá a construção da referência pelos participantes no encontro clínico. O discurso médico/paciente é controlado pelo médico, que ao fazer uma pergunta solicita que o paciente responda a determinados referentes (Mishler, 1984; Frankel, 1984; West, 1984, entre outros). Cabe também ao médico o controle sobre o desenvolvimento da referência, pois cada nova pergunta corrobora e molda o referente no discurso. No entanto, a referenciação no discurso não se restringe aos tópicos introduzidos pelo médico, pois o tópico discursivo é em parte constituído pelos processos utilizados pelos participantes ao demonstrar compreensão e aceitação do referente, e ao ajustar a sua fala com relação à fala anterior (ou a falas anteriores).

Portanto, para adequar-se ao contexto da entrevista, cabe ao paciente identificar os referentes introduzidos pelo médico e fornecer uma resposta considerada adequada – uma resposta que ratifique o tópico do médico ou que estabeleça algum processo de negociação. As pesquisas indicam que não cabe ao paciente introduzir tópicos próprios, vinculados a conhecimentos pessoais (Mishler, 1984; Ribeiro, 1994; Pinto, 2000). Ele poderá reciclar um tópico anteriormente introduzido pelo médico ou expandir um tópico ao introduzir subtópicos. Assim, na situação de entrevista, o paciente dá continuidade tópica ao discurso (Ribeiro, 1994; Pinto, 2000). É importante assinalar que definimos tópico como “aquilo de que se fala” – o referente no discurso, codificado na língua sob diferentes formas e funções lingüísticas, e que opera em diferentes níveis do discurso.

No discurso psicótico, inúmeros são os processos de desorganização tópica (Pinto, 2000). Especificamente com relação à introdução de referentes, ambos médico e paciente competem trazendo agendas motivadas por expectativas quanto à situação em curso (a entrevista psiquiátrica vs. o encontro pessoal). Essa competição freqüentemente resulta na construção de dois discursos dissociados, tanto por parte do paciente como por parte do médico (Ribeiro, 1994a).

## 3. Contextualização dos participantes

A entrevista médico/paciente em análise foi realizada ao longo da oitava internação do paciente Luís Cavalcanti<sup>3</sup> no Instituto de Psiquiatria da

2 O artigo *Frame Analysis* (Ribeiro e Hoyle), a ser publicado na revista *Palavra vol 8*, editada pelo Departamento de Letras da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, apresenta uma descrição do estado da arte das pesquisas em curso nos Estados Unidos na área da Sociolingüística Interacional.

3 Os nomes dos participantes foram alterados visando à preservação da identidade dos mesmos.

Universidade Federal do Rio de Janeiro. O IPUB-UFRJ tem por objetivo desenvolver um trabalho integrado nas áreas de ensino, pesquisa e assistência no campo da Saúde Mental. No que tange à estrutura organizacional hospitalar, os pacientes que necessitam de internação são distribuídos por várias equipes clínicas multidisciplinares (residentes em psiquiatria, clínicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas e estagiários de diferentes áreas), chefiadas por psiquiatras experientes. Neste contexto institucional, as entrevistas com diferentes profissionais constituem uma prática constante na rotina do paciente, sendo, com frequência, registradas em vídeo para fins didáticos. Os dados, gravados em vídeo e transcritos segundo Ribeiro (1994a)<sup>4</sup>, foram coletados para fins de pesquisa para o Projeto Integrado.

Segundo as informações que constam no prontuário<sup>5</sup> coletadas no ano de 1996, Luís tem 31 anos, é agente administrativo, com curso superior incompleto, de religião espírita e sofre de esquizofrenia hebefrênica. A esquizofrenia é o mais grave transtorno mental de que trata a psiquiatria, acometendo de 1 a 1.5% da população mundial e incidindo em diferentes culturas e em ambos os sexos igualmente (Nunes et alli, 1996). Sua sintomatologia engloba uma vasta gama de comportamentos lingüístico-discursivos, ressaltando-se “as intercepções ou interpolações no modo de pensar, resultando em discurso incoerente” (p. cit. p. 94). Pelo alto grau de comprometimento afetivo e cognitivo decorrente desta doença, os pacientes esquizofrênicos muitas vezes retornam às enfermarias da instituição. A primeira das 8 internações de Luís ocorreu em 1987, após a qual iniciou tratamento no ambulatório e no hospital-dia do IPUB, freqüentando, concomitantemente, um centro espírita.

Ainda de acordo com essas informações, Luís residia com sua mãe e tinha irmãos portadores de esquizofrenia. As alucinações auditivas, segundo as quais o paciente ouvia vozes imperativas dizendo “Eu odeio você, quero que você se mate”, foram descritas por Luís como constantes à época da internação em questão. Consta do prontuário também referência à “perda de mediunidade”.

À época da gravação desta entrevista, Dr. Mauro Cardozo chefiava um das equipes clínicas multidisciplinares, porém não era o médico responsável pelo caso do paciente.

#### 4. A análise da entrevista

De acordo com Ribeiro (1994a), a análise da construção discursiva entre médico e paciente em situação de entrevista pode ser realizada seguindo dois princípios organizadores do discurso que se encontram inter-relacionados. O primeiro deles diz respeito à análise de tópicos introduzidos, desenvolvidos e ratificados pelos participantes. Neste sentido, examinar-se-ia

4 Sobre o complexo processo de transcrição de dados orais, ver Ribeiro (1994b).

5 Em função dos objetivos do texto, foram selecionadas apenas as informações do prontuário consideradas relevantes para a análise dos dados.

a construção conjunta dos referentes, o que pressupõe um processo de negociação mútua acerca de sobre o que falar e como falar. Aqui estariam incluídas noções a respeito de como introduzir, desenvolver, interromper e mudar de tópico, bem como os processos inferenciais subjacentes ao discurso (Gumperz, [1982]1998).

Já o segundo princípio organizador, a noção de enquadre ancora a análise dos múltiplos contextos de interlocução que emergem no discurso tanto do médico como do paciente. Esta análise evidencia segmentos de discurso coerentes na fala do psicótico, na qual há momentos na troca discursiva em que os contextos comunicativos adquirem sentido.

O presente estudo privilegiará a análise dos múltiplos enquadres presentes na dinâmica da entrevista, observando as transformações contextuais sinalizadas sistematicamente por um conjunto de pistas de contextualização (Gumperz, [1982]1998). Entre o elenco de traços lingüístico-discursivos que orientam a discussão dos enquadres, destacamos as pistas de contextualização de natureza não verbal, sobretudo a postura e a movimentação das mãos, e aquelas de natureza prosódica, a exemplo dos contornos entonacionais, e também de natureza paralingüística, como ritmo de fala.

Vejamos então curtos segmentos ilustrativos de cada um dos quatro enquadres que constituem a entrevista.

#### 4.1 O enquadre paciente

O enquadre paciente caracteriza o encontro clínico, no qual o paciente responde às perguntas propostas pelo médico, em geral de forma breve, com respostas curtas, ratificando o tópico proposto por este, sem ampliá-lo. Encontra-se assim em consonância com a agenda do médico cumprindo eficazmente o papel social e discursivo de paciente (Ribeiro, 1994a).

1. Dr. Mauro: primeiro eu queria que você dissesse o seu nome.
2. Luís: meu nome é Luís Cavalcanti ( ).
3. Dr. Mauro: hum-hum. Luís, você tá com quantos anos?
4. Luís: eu tenho trinta e um anos.

No que concerne aos aspectos não-verbais, observou-se que o paciente sistematicamente apoia uma das mãos no quadril ou em sua perna, enquanto mantém o outro braço apoiado na carteira em que se encontra. Tal postura contrasta com o que será descrito a seguir.

#### 4.2 O enquadre cidadão

Este enquadre é caracterizado fundamentalmente pela temática apresentada. Tópicos tais como o valor do trabalho, aposentadoria, e falta de honestidade no país, o Brasil de Jango, as reformas de base e a política de Leonel Brizola, são aqui frequentes.

1. Dr. Mauro: e você trabalha fazendo o que no-INSS?
2. Luís: agente administrativo.
3. Dr. Mauro: hum hum.

4. Luís: e é não me conformo.  
[balança as mãos fechadas na altura da cabeça  
freneticamente para frente e para trás]  
é eu porque eu preciso voltar a trabalhar, é eu quero  
trabalhar para ser útil ao meu país.  
eu preciso voltar a trabalhar.  
[olha de novo para o médico]

O tom de voz inflamado e ascendente, conjugado com os aspectos não-verbais – mãos fechadas na altura da cabeça em movimentos frenéticos ora para cima e para baixo, ora para frente e para trás – complementam a descrição deste enquadre.

Parte do que caracteriza a complexidade das informações sinalizadas na interação deriva do processo dinâmico presente no jogo dos enquadres. A entrevista em análise apresenta alguns momentos bastante ilustrativos da natureza dinâmica deste conceito. Assim, dentro do enquadre descrito inicialmente, encontraremos um sub-enquadre cujo tópico é constituído pelo ato de fala (Austin, 1962) “reclamação”, dirigida ao médico responsável pelo seu caso, qualificado pelo paciente como “desligado” e “insensível”.

1. Dr.Mauro: e você tem tido oportunidade de desabafar  
da forma | como você gostaria?  
2. Luís: eu desabafo com poucas pessoas.  
aqui é | onde eu mais desabafo.  
3. Dr.Mauro: | por que? mas você tem um médico aqui que  
você faz tratamento, não tem?  
4. Luís: eu tenho mas ele não liga a mínima pra mim.  
5. Dr.Mauro: mas você conversa essas coisas com o médico, que você  
quer sair?  
6. Luís: eu desabafo pouco porque eu sou pobre. eu tenho cinco  
minutos pra falar com ele.

Poderíamos considerar portanto que este sub-enquadre “paciente questionador” constitui-se nas bordas dos outros dois enquadres maiores, o do paciente e o do cidadão. É na confluência de ambos que ele surge, na medida em que deriva do alinhamento do paciente enquanto cidadão (Goffman, [1981]1998), que reclama seus direitos e clama por um tratamento que considere digno, calcado na escuta de suas queixas.

#### 4.3 O enquadre espírita

Encontramos aqui uma gama de referentes que evocam o espiritismo: “magos negros com as mãos decepadas jorrando sangue”, “uma luz dourada que descobri”, além de vozes de um espírito que lhe diziam “se mata, se mata, se mata”. Ao longo da troca discursiva com o médico entrevistador, o paciente dá voz a figuras conhecidas do espiritismo tais como “a instituição Joana de Angelis”, “André Luís”, e “o conde de Saint-Germain”. No segmento abaixo, Luís apresenta sua versão para o início de seu problema.

1. Luís: tudo começou quando euuuu tive um sonho,
2. sonhei com magos negros  
[as mãos tremem]  
[acc]
3. eu acredito que eram magos negros,
4. com as mãos decepadas.
5. Dr. Mauro: hum hum
6. Luís: jorrando sangue ... e aí eu me entrevei e fui acompanhado  
por um espírito, que com ódio de mim dizia pra eu me  
matar, dizia  
[staccato]
7. se mata, se mata, se mata  
[os punhos cerrados, balançando freneticamente as mãos  
fechadas para frente e para trás]

O segmento acima, além de ilustrar o tópico aqui preponderante, revela um traço prosódico freqüente neste contexto. A voz em staccato do paciente é sempre empregada para representar as diferentes entidades que ele personifica ao longo da interação. Resulta daí uma riqueza de alinhamentos (Goffman, [1981]1998), um enquadre que identifica a relação entre os participantes da troca discursiva e entre aqueles introduzidos no discurso pelo paciente. Este, ao longo da interação, personifica as personagens que introduz, assumindo as características delas. Na linha 7, por exemplo, relata o conteúdo das vozes utilizando um ritmo staccato, conferindo-lhe, assim, identidade própria.

A linguagem não verbal de Luís, neste enquadre espírita, consiste em fechar as mãos, levá-las à altura da cabeça e, num movimento perseverante, balançá-las freneticamente para frente e para trás. E ao mencionar o conde de Saint-Germain, levanta-se da cadeira, coloca os dois braços para trás, mantém o corpo ereto e fixa o olhar à frente, permanecendo, segundo suas palavras, “na pose da sabedoria”.

#### **4.3.1 “Eu não sou o que eu sou”**

No segmento abaixo, o médico entrevistador questiona a crença de Luís, anteriormente mencionada, de que seu caso seria de esquizofrenia, suscitando um momento paradigmático da transfiguração a qual o paciente dá vazão:

1. Dr. Mauro: mas o seu caso é de esquizofrenia?
2. Luís: eu acredito que o meu caso seja aparentemente um caso de esquizofrenia.
3. Dr. Mauro: mas por que a-
4. Luís: porque a minha inteligência, eu fiquei burro.
5. Dr. Mauro: hum hum.
6. Luís: eu fiquei burro e estou muito insensível, para chorar é muito difícil.
7. Dr. Mauro: mas por que aparentemente?
8. Luís: aparentemente, ...



9. [voz trêmula]  
/porque a minha mão treme/. (2.0)  
[olha para a mão que treme]  
[tom choroso]
10. /a mão de Benjamin Franklin treme ... e a minha voz  
treme./  
[olha para o médico e baixa o olhar]
11. Dr. Mauro: e você atribui isso a que Luís? ...  
[dec] [voz chorosa e trêmula]
12. Luís: /eu não sou o que eu sou./  
[olha para o médico]

No trecho acima, mais uma vez observamos o uso sistemático de um conjunto de pistas de contextualização. A voz em tom baixo, que inicia trêmula e que se torna também chorosa, é o contraponto verbal da mão trêmula que é ao mesmo tempo do paciente e de Benjamin Franklin. A sensação de perda de identidade é assim retratada em todo o seu vigor e enunciada explicitamente em ritmo desacelerado na linha 12: “eu não sou o que eu sou”. É interessante sublinhar que, neste instante, Luís volta seu olhar para o médico, como se clamasse por ajuda e acolhimento.

#### 4.4 O enquadre professor/mestre

Este é o enquadre mais freqüente ao longo da entrevista. Caracteriza-se fundamentalmente pela postura daquele que detém um saber enciclopédico, sobre diferentes áreas do conhecimento e que também possui conhecimentos razoavelmente assentados acerca de seu diagnóstico e do mal que o acomete. Vejamos inicialmente como o paciente evoca este primeiro tipo de saber.

Nas palavras de Luís, ele possui “uma cultura de autodidatismo”, “uma cultura de almanaque no estilo de Benjamin Franklin, uma cultura filosófica, científica e religiosa acima de tudo”. No decorrer da entrevista, Luís menciona mais de 15 nomes emblemáticos de diferentes campos de investigação humana, incluindo a religião, passando pela política, pela história e pela psicologia. É interessante observar que as citações destes representantes das diversas áreas do conhecimento são geralmente acompanhadas de uma seleção lexical referente às áreas em questão. A “dialética” de Platão, a “energia condensada” de Einstein, o “simbolismo” de Jung, os “filmes de aventura” de Sylvester Stallone e o “sindacta obsoleto” em Saddam Hussein são algumas das figuras que povoam seu discurso, sempre expressas num tom professoral. Ainda neste enquadre, observamos o médico assumindo exclusivamente o alinhamento de ouvinte de um relato e fornecendo apenas sinais de retroalimentação.

1. Dr. Mauro: e você tem algum interesse, alguma atividade?
2. Luís: eu tenho interesse em ler, mas eu tô lendo aos poucos, o último livro que eu tô relendo agora, é sabedoria interna de Helena Petrovina Blavatsky.
3. Dr. Mauro: é sobre o que?
4. Luís: é sobre teosofia.

5. Dr. Mauro: hum hum.

6. Luís: a teosofia procura encontrar o lado esotérico das religiões, e esse lado esotérico das religiões já existe desde Alemurer que não existia na Austrália como pensam, isso é superstição.

7. Dr. Mauro: hum hum.

8. Luís: Alemurer existiu na dinastia Furisi, existem relatos, como Toinboe provou na obra Reconsiderations ... existem relatos ... que mostram ... que a-a China é-tem a cultura mais antiga ...

No repertório de conhecimentos do paciente, em sua “cultura relativamente boa” no dizer de Luís, abundam as referências acerca do mal que o acomete. O uso de um léxico específico, contendo itens tais como “tendinite patelar bilateral” ou “o nervo patelo”, é recorrente.

1. Luís: o meu-o meu diagnóstico é tendinite patelar bilateral.

2. Dr.Mauro: esse é o seu diagnóstico?

3. Luís: é, é de físico, da minha agitação.

É também de seu conhecimento a etiologia de seu problema mental e as conseqüências devastadoras da doença sobre sua cultura.

1. Luís: a minha sensibilidade estética praticamente que sumiu, porque o meu raciocínio concreto de acordo com a escola de Piaget, foi destruído por um chute que meu pai deu na barriga da minha mãe, e eu tenho lesão no lobo frontal, que a tomografia computadorizada pode provar.

2. Dr.Mauro: mas por que que a lesão seria logo no lobo frontal?

3. Luís: porque é o centro da vontade.

Suas observações no campo da medicina também têm como referente o tipo de tratamento que lhe é mais adequado.

1. Dr.Mauro: e como é que você acha que a medicina pode ajudar você? por exemplo

2. nestas internações que você já teve=

3. Luís: =olha ... essas internações na minha opinião foram perfunctórias=

4. Dr.Mauro: =por que?=  
5. Luís: =por uma questão muito simples. eu posso ser controlado com haldol,

6. Dr.Mauro: hum hum

7. Luís: injetável, ... desde que eu faça fisioterapia.

A análise do enquadre professor/mestre permite-nos observar que Luís, ao tratar de temas que em geral são de domínio exclusivo da figura do

psiquiatra (diagnóstico e medicação), com relativa propriedade, alinha-se com o entrevistador, resultando daí uma relação mais simétrica. Tal fato torna-se mais evidente ao atentarmos para algumas pistas de contextualização. No segmento acima, por exemplo, o emprego de um registro formal – o vocábulo “perfunctórias” – é a princípio inadequado para aquele tipo de encontro. Ao utilizá-lo, entretanto, o paciente parece requerer para si o direito de ditar os rumos da interação. Além disso, Luís faz uso de expressões tais como “na minha opinião” (linha 3) e “por uma questão muito simples” (linha 5) que, por um lado, reiteram a formalidade projetada discursivamente e, por outro, sublinham o caráter de agentividade, autoridade e domínio sobre sua doença.

Algumas marcas paralingüísticas são encontradas freqüentemente neste enquadre, diferentemente dos demais analisados até então. O engatamento das falas (indicado pelo sinal de =) nas linhas 2/3, 3/4 e 4/5, no segmento acima, sinaliza que ambos os participantes estão “de mãos dadas” na troca discursiva e atentos à contribuição do outro, na medida em que não há pausas perceptíveis entre suas elocuições (Tannen, 1984). Observou-se, também, um maior número de pausas intraturnos e a presença de falas em ritmo desacelerado ([dec]), como no exemplo a seguir.

[dec]  
Luís: a lembrança de vidas passadas ... é uma das provas da  
[dec]  
reencarnação, prova científica. existem outras provas, a  
[dec]  
terapia das vidas passadas é outra prova de reencarnação  
[dec]  
porque pode curar casos de esquizofrenia e eu não tenho  
[dec]  
dinheiro para fazer terapia de vidas passadas.

No que se refere à linguagem não verbal, Luís ora gesticula com as mãos em movimentos circulares, ora pousa a mão esquerda no joelho enquanto a palma da mão direita é projetada para frente, como se este gesto representasse sua atitude de mestre em oferecer o conhecimento a seu interlocutor. No segmento abaixo, observa-se mais um exemplo do tipo de enquadre em questão cuja sinalização não verbal enfatiza a natureza simétrica da relação entre médico/entrevistador e paciente/entrevistado.

1. Dr. Mauro: por que que você não-não voltou a trabalhar?
2. [o que que aconteceu?
3. Luís: [é porque eu fico agitado.
4. Dr. Mauro: hum.
5. Luís: eu vou lhe explicar. eu tenho um diagnóstico-  
[paciente levanta-se da cadeira]
6. Dr. Mauro: mas você tem [
7. Luís: [que tá no meu prontuário.

8. Dr. Mauro: mas se você não sentar não dá pra gente gravar  
9. Luís: [olha só  
[coloca as mãos nos joelhos]  
10. Dr. Mauro: hum.  
11. Luís: o meu-o meu diagnóstico é tendinite patelar bilateral.  
[médico olha para os joelhos do paciente]

É curioso observar a inversão momentânea de papéis sociais e discursivos que ocorre neste segmento. Na linha 5 (“eu vou lhe explicar”), Luís toma para si a tarefa de explicar ao médico o seu diagnóstico e, para fazê-lo adequadamente, levanta-se do lugar que lhe fora previamente designado. E, apesar do pedido do médico para que retomasse sua posição (linha 8), permanece de pé, provoca uma sobreposição de falas na linha 9 (indicado pelo sinal [ ]), e introduz um marcador discursivo (“olha só”), cuja função é manter o turno que acabara de tomar. Seu interlocutor não só o ratifica verbalmente (linha 10) como também dirige seu olhar para as mãos do paciente. Neste momento Luís está de posse do controle da interação, guiando os passos do médico segundo sua agenda pessoal.

#### 4.4.1 “*Todo paciente é um mestre ... também*”

Como vimos anteriormente, a natureza dos enquadres é essencialmente dinâmica. Os enquadres aqui analisados constantemente concorrem, sendo sinalizados pelas diferentes pistas de contextualização utilizadas pelos participantes. Observamos também, no caso do sub-enquadre paciente/cidadão, que seu surgimento resulta da confluência, principalmente temática, das metagensagens subjacentes a ambos. No final da entrevista, deparamo-nos com outro sub-enquadre, ao qual denominamos paciente/mestre.

1. Dr. Mauro: tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer por  
2. fim, um-algo que seja importante  
3. que você acha importante a gente deixar registrado?=  
[dec]  
4. Luís: =olha, o que eu disse ao meu médico, ... foi o seguinte  
(4.5)  
[dec]  
5. todo paciente tem algo a ensinar ao seu médico,  
6. eu aprendi isso na autobiografia de Jung.  
7. Dr. Mauro: hum hum.  
8. Luís: todo paciente é um mestre ... também. mas como meu-  
meu médico não teve a humildade de me escutar,  
9. eu estou aqui preso não sei por quanto tempo.  
10. Dr. Mauro: que que você gostaria de ensinar pra ele?...  
11. Luís: a humildade ...  
12. Dr. Mauro: tá bom. então é isso aí. obrigado pela-pela conversa,  
13. tá bom?  
14. Luís: por nada.

15. Dr. Mauro: vamos descer juntos?  
16. Luís: vamos.

Neste segmento, encontramos várias das pistas de contextualização apontadas acima como características do tipo de enquadre professor/mestre: as pausas intraturnos (linhas 4 e 8), a fala engatada (linhas 3/4), o ritmo lento (linhas 4 e 5) e o marcador discursivo “olha”, na linha 4, direcionando a atenção do interlocutor. E se a voz do mestre, “aquele que sabe e faz; faz porque sabe, sabe fazer” (Figueiredo, 1996: 111) enuncia o seu conhecimento oriundo da “autobiografia de Jung”, o paciente Luís almeja compartilhar com o médico responsável pelo seu caso, a maestria, (linha 8: “todo paciente é um mestre... também”). E este saber supostamente compartilhado tem como objeto o sujeito doente, conhecedor de sua doença e de seu diagnóstico.

### Considerações finais

A análise dos enquadres observados nesta entrevista médico-paciente nos permite afirmar que, embora o discurso dito patológico em princípio viole normas – sejam estas de caráter social ou lingüístico – não ficamos impedidos de conferir-lhe um status de coerência. Tal coerência emerge justamente da análise dos tópicos e enquadres da fala do paciente, possibilitando que seja delineada uma temática “com sentido”, caracterizando, num nível de macro-interpretação, a existência de metagensagens.

É deste modo que, num segundo nível de análise da entrevista, o nível temático, podemos enumerar os três temas que permeiam os quatro tipos de enquadre e os tópicos neles introduzidos. Primeiramente, temos a **fragmentação do eu**, tema desdobrado nos enquadres em que o paciente se coloca na entrevista numa das seguintes posições:

- a) Falando de si: o paciente tem a possibilidade de fornecer dados que o identificam, tais como nome, idade, acontecimentos familiares do passado, hipóteses quanto à sua doença, reconhecimento de algumas dificuldades (espacial, cálculo, concentração), comentários sobre as atividades que exercia e um relato do desenvolvimento de sua doença;
- b) Falando de sua “cultura de almanaque”: nestes momentos ele até se identifica com personalidades que conhece através de suas leituras, faz citações e inclusive chega a revestir sua fala de um tom empolado;
- c) Falando a partir de sua vivência do espiritismo: sua experiência de mediunidade possibilita que lide com a experiência de se sentir vários em um de uma forma particular. O reconhecimento desta perspectiva no tema da fragmentação é primordial para que muitas de suas falas sejam significativas no decorrer da entrevista.

Segundo, temos o tema da **busca de identidade**. Mesmo transitando pelos personagens que caracterizam a fragmentação de sua estrutura psíquica,

podemos perceber que o discurso do paciente reflete seu desejo e sua luta para sair do papel de paciente psiquiátrico, desejando ser escutado enquanto sujeito. A afirmação “eu não sou o que eu sou”, dita em tom de lamento, evidencia de forma bastante contundente sua dor.

Terceiro, o tema da **necessidade de transcender o sofrimento** através do pedido de ajuda que é reiterado de várias formas. Aparece tanto embutido em suas queixas quanto enunciado com clareza. O tema do pedido de ajuda se faz presente, tendo em vista o desejo de que algo seja feito para minorar o sofrimento de saber-se e sentir-se múltiplo. Vejamos alguns exemplos: “quando fi-fico perto de uma pessoa que posso desabafar, a minha te- a minha tensão acaba”, “eu desabafo pouco porque eu sou pobre eu tenho cinco minutos para falar com ele [o médico]”, “o meu médico é um desligado .. acho até que ele pode insurtar também”

Concluindo a análise, diríamos que a fala do paciente se torna significativa, portadora de metagensagens, quando interpretada a partir deste instrumental de análise do discurso. A coerência que encontramos nesta entrevista médico-paciente talvez não corresponda à expectativa de coerência que se tem normalmente no trato social, mas certamente o seu entendimento abrirá uma brecha através da qual será possível um contato mais eficaz e enriquecedor para o paciente. Sendo a linguagem uma marca de construção da subjetividade e a interlocução o lugar privilegiado para a reconstrução do processo verbal em condições patológicas, quanto maior for o entendimento que o profissional que atua em Saúde Mental possa ter das metagensagens contidas na fala de um paciente, mais se aproximará dele, ao acolher as demandas que se associam aos enquadres e tópicos, que, de outro modo, podem passar despercebidas. Ressalta-se assim a importância da análise do discurso na vertente da sociolingüística interacional para uma escuta na área clínica e terapêutica, que possibilite ver por trás do diagnóstico a pessoa que carece de ajuda.

Considerando que a prática em Saúde Mental tem por objetivo garantir o direito à cidadania, proporcionando ao paciente formas de integração em sua comunidade, a proposta do projeto de pesquisa abre espaço para uma escuta que valoriza seu discurso, resgatando-lhe o lugar de sujeito autor de si mesmo. Saúde implica em participação. Linguagem e trabalho são formas de participar, de se inscrever no mundo.

### Convenção para a transcrição

- . pausa observada, quebra no ritmo da fala com menos de 0.5 segundos
- pausa de meio segundo, medida com cronômetro
- pausa de um segundo
- (2.0) números entre parênteses indicam a duração da pausa acima de um segundo durante a fala, medida com cronômetro
- . descida leve sinalizando final de elocução

|              |  |
|--------------|--|
| ?            | subida rápida sinalizando uma interrogação   |
| ,            | subida leve (sinalizando que mais fala virá)   |
| é            | entoação ascendente  |
| -            | parada súbita  |
| aaa          | alongamento de vogal (um maior número de vogais indica maior alongamento)  |
| sublinhado   | ênfase   |
| ( )          | transcrição impossível   |
| /palavras/   | fala em voz baixa  |
| =            | duas elocuições relacionadas por = indicam que não há pausa na fala  |
| [            | fala justaposta; duas pessoas falando ao mesmo tempo   |
| [fala]       | várias características da fala (como voz rouca) ou tempo da fala (como staccato)                                     |
| [dec]        | fala desacelerada (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 |

## Referência Bibliográfica

AUSTIN, J. L. *How to do Things with Words*; Oxford, Oxford University Press; 1962.

BATESON, G. "Uma Teoria para Fantasia e Brincadeira". RIBEIRO, B. T., GARCEZ, P. *Sociolinguística Interacional: antropologia, lingüística e sociologia em análise do discurso*. Porto Alegre: AGE, [1972]1998.

ERICKSON, F. & SCHULTZ, J. *The Counselor as Gatekeeper: Social Interaction in Interviews*; New York, Academic Press; 1982.

\_\_\_\_\_. "When is a Context? Some Issues and Methods in the Analysis of Social Competence." *The Quarterly Newsletter of the Institute for Comparative Human Development*; n. 1(2); 5-10; 1977.

FIGUEIREDO, A. C. FILHO, J. F. (org.), "Ética e Ensino". *Ética e Saúde Mental*; Rio de Janeiro, Topbooks; 1996.

FRANKEL, R. M. "From Sentence to Sequence: Understanding the Medical Encounter through Microinteractional Analysis". *Discourse Process*, vol. 7, n. 2: 135-170; 1984.

GOFFMAN, E. "Footing". RIBEIRO, B. T., GARCEZ, P. *Sociolinguística Interacional: antropologia, lingüística e sociologia em análise do discurso*. Porto Alegre: AGE; [1981]1998.

\_\_\_\_\_. *Frame Analysis*; New York, Harper and Row; 1974.

GUMPERZ, J. J. "Contextualization and Understanding". DURANTI, A. e GOODWIN, C. (org.), *Rethinking Context*; Cambridge, Cambridge University Press: 302-327; 1992.

- \_\_\_\_\_. "Convenções de Contextualização." RIBEIRO, B. T., GARCEZ, P. *Sociolinguística Interacional: antropologia, lingüística e sociologia em análise do discurso*. Porto Alegre: AGE, [1982]1998.
- KENDON, A. *Non-verbal Communication, Interaction and Gesture*; The Hague, Mouton; 1981.
- \_\_\_\_\_. "The Negotiation of Context in Face-to-face Interaction". DURANTI, A. e GOODWIN, C. (org.), *Rethinking Context*; Cambridge, Cambridge University Press; 323-334; 1992.
- MISHLER, E. *The Discourse of Medicine*; Norwood, NJ, Ablex; 1984.
- NUNES FILHO, E.P., BUENO, R., NARDI, E. *Psiquiatria e Saúde Mental*. São Paulo: Atheneu, 1996.
- PINTO, D. S. *A Construção da Referência no Discurso de uma Paciente Psiquiátrica: análise lingüística para distúrbios de pensamento, fala e comunicação*. Tese de Doutorado, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.
- PINTO, D., RIBEIRO, B. T. "Manifestações de desorganização de fala ou transtornos na forma do pensamento? Uma abordagem lingüística." *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, ano 96, n. 76, p. 22-29, 2001.
- RIBEIRO, B. T. *Coherence in Psychotic Discourse*; Oxford, Oxford University Press; 1994a.
- \_\_\_\_\_. "Transcrição e análise: a formatação de entrevistas psiquiátricas". *Revista Tempo Brasileiro: linguagem, interação e cognição*; Rio de Janeiro, Editora Tempo Brasileiro; n. 117: 143-154; abril/junho; 1994b.
- RIBEIRO, B. T. "Análise de enquadres em uma entrevista psiquiátrica". *Cadernos do IPUB*, n. 5, p. 39-78, 1997.
- RIBEIRO, B. T., GARCEZ, P. *Sociolinguística Interacional: antropologia, lingüística e sociologia em análise do discurso*. Porto Alegre: AGE, 1998.
- RIBEIRO, B. T., LOPES DANTAS, M. T. Unfolding Stories in Psychiatric Interviews: from multiple to unique female identities. Trabalho apresentado junto ao *Georgetown Round Table in Languages and Linguistics*, março de 2001.
- RIBEIRO, B. T., PINTO, D. "Análise do Discurso e Psiquiatria: processos de contextualização e comunicação". *Práticas Discursivas: instituição, tradução & literatura*. Faculdade de Letras, UFRJ, p. 1-19, 2000.
- SCHEFLEN, A. E. *Communicational Structures: Analysis of a Psychotherapy Transaction*; Bloomington, Ind., Indiana University Press; 1973.
- STREEK, J. "Embodied Contexts, Transcontextuals and the Timing of Speech Acts". *Journal of Pragmatics*; n. 8: 113-137; 1984.
- TANNEN, D. *Framing in Discourse*; New York, Oxford University Press; 1993.
- TANNEN, D. *Talking Voices. Repetition, Dialogue and Imagery in Conversational Discourse*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
- \_\_\_\_\_. *That's not What I meant!*; New York, William Morrow Company; 1986.
- TANNEN, D. *Conversational styles: analysing talk among friends*. Norwood, New Jersey: Ablex, 1984.



TANNEN, D., WALAT, C. "Enquadres interativos e esquemas de conhecimento em interação: exemplos de um exame – consulta médica". RIBEIRO, B. T., GARCEZ, P - *Sociolinguística Interacional: antropologia, lingüística e sociologia em análise do discurso*. Porto Alegre: AGE, 1998.

WEST, C. "Medical Misfires: Mishearings, Misgivings and Misunderstandings in Psysician - Patient Dialogue". *Discourse Process*; vol. 7, n. 2: 107-134, 1984.

Metamensagens no  
discurso de um  
paciente psiquiátrico

Branca Telles  
Ribeiro, Diana Pinto,  
Cristina Costa Lima