

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA**

**RAFAEL JEFFERSON FERNANDES**

**PRÁTICAS CONVERSACIONAIS NA TOMADA DO HISTÓRICO EM  
UMA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA**

**Juiz de Fora  
2015**

**Universidade Federal de Juiz de Fora**

**Rafael Jefferson Fernandes**

**PRÁTICAS CONVERSACIONAIS NA TOMADA DO HISTÓRICO EM  
UMA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Linguística: área de concentração Linguagem e Sociedade da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Linguística.**

**Orientador: Prof. Dr. Paulo Cortes Gago  
Co-orientador: Prof. Dr. Jubel Barreto**

**Juiz de Fora  
2015**

**Universidade Federal de Juiz de Fora  
Rafael Jefferson Fernandes**

**PRÁTICAS CONVERSACIONAIS NA TOMADA DO HISTÓRICO EM UMA  
ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso  
de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em  
Linguística: área de concentração Linguagem e  
Sociedade da Universidade Federal de Juiz de  
Fora, como requisito parcial para a obtenção do  
título de Mestre em Linguística.**

**Aprovada em: 15 de agosto de 2015.**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Paulo Cortes Gago (Orientador)  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dr. Jubel Barreto (Co-orientador)  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Profa. Dra. Diana de Souza Pinto  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

---

Profa. Dra. Amitza Torres Vieira  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Juiz de Fora  
2015**

## AGRADECIMENTOS

Ao final dessa etapa, eu não poderia deixar de agradecer àqueles que acompanharam minha caminhada.

Primeiramente, agradeço a Deus pelo dom da vida e por estar comigo em todos os momentos.

Agradeço, também, em especial, à minha avó, Ana (in memoriam), pelo amor que cultivou em mim - e que é o propulsor de minha vida.

... ao meu orientador, professor Dr. Paulo Cortes Gago, por ter acompanhado o meu crescimento acadêmico desde as primeiras disciplinas na graduação, pelo cuidado com que conduziu o nosso trabalho e, principalmente, por acreditar em mim nos momentos em que eu, por falta de força, acreditei não ser mais possível.

...ao meu co-orientador, Professor Dr. Jubel Barreto pela paciência e por ter aberto as portas da psiquiatria para a realização desse trabalho.

...aos meus pais, Regina e Lorival, pelo esforço durante todo esse processo.

...às minhas tias, Lúcia e Nair, pela cumplicidade, lealdade e pelo cuidado de sempre.

...aos meus irmãos, Arthur e Juan, pela amizade e pelo companheirismo.

...aos meus amigos, Danielle Fernandes, Vinícius Carvalho, Rafael André, Camila Carvalho, André Gomes, Guilherme Domingos, Fred Silva, Marcela Tavares, Adrieli Bonjour, Carolina Alves, Gabriela Fernandes, pelas palavras de incentivo, pelos momentos de descontração, lealdade e, sobretudo, amizade. Obrigado por compreenderem minhas ausências nos encontros e o “estresse” do final dessa etapa.

...à minha amiga guerreira, Dulcilene Tavares e ao seu esposo, Geraldo Molino. Obrigado por me acolherem em seus braços. Vocês são a minha segunda família.

...às minhas companheiras de grupo, Priscila Guedes e Priscila Sant’Anna, pelos insumos e pela calorosa recepção, quando entrei para o mestrado. Sem vocês, tudo teria sido mais difícil!

...ao professor Dr. Roberto de Oliveira Perobelli agradeço pelas palavras amigas nos momentos difíceis e pelos insumos.

...aos membros da equipe CAPSHU/UFJF por terem “vestido a minha camisa” e me auxiliado, durante o processo de geração dos dados. Em especial, a Nina, Dora, Lilian e Natália. Agradeço, também, ao Odilon, funcionários do Centro.

...ao coordenador da residência em psiquiatria, Professor Dr. Marco Antônio Gasparetto e ao diretor do CAPSHU/UFJF, professor Alexandre Rezende Pinto, pelo cuidado e atenção, desde a criação do meu projeto de pesquisa.

...aos pacientes que se dispuseram a encarar a minha empreitada. Agradeço a vocês pela confiança!

...ao médico e à médica que, para o bem do conhecimento humano, abriram as portas de seus consultórios, mostrando ao mundo suas práticas clínicas.

...às professoras Dras. Diana de Souza Pinto e Maria Teresa Lopes Dantas pela assistência e pelo cuidado com que me auxiliaram na busca pelo meu referencial teórico. Em especial à professora Diana de Souza Pinto pela paciência e pelos ensinamentos, durante a minha qualificação. Você foi fundamental!

...à professora Dra. Amitza Torres Vieira pelos ensinamentos, durante as disciplinas de linguagem e interação I e II e, também, por ter aceitado, prontamente, o convite para a minha defesa.

...à Cecília, paciente do CAPS, pelas conversas contraídas e pelas brincadeiras de todos os dias.

...ao meu Programa de Pós-Produção pela confiança. Em especial à Professora Dra. Luciana Teixeira pelo cuidado.

...à minha querida professora Dra. Ana Cláudia Peters Salgado pelo exemplo de simplicidade e conhecimento.

... ao professor SrikantSarangi, pela grandeza e generosidade em compartilhar sua genialidade conosco.

...à professora Dra. Branca Telles Ribeiro por ter desbravado o cenário psiquiátrico brasileiro.

...à equipe de Língua Espanhola da Universidade Federal de Juiz de Fora. Em especial às Professoras Dras. Ana Beatriz Rodrigues Gonçalves, Silvina Liliana Carrizo e Raquel Fellet Lawall pelas conversas e pelas palavras de incentivo, durante minha trajetória.

**A todos vocês: o meu MUITO obrigado!**

## **EPÍGRAFE**

**“Não o sabes, se não saís de ti, não chegas a saber quem és, Aproveita a beleza dos caminhos, sejam eles terra mar ou ar. A lua já estava meio palmo sobre o mar, as sombras da verga e do mastro grande vieram deitar-se-lhes aos pés”**

**O conto da Ilha Desconhecida – José Saramago, p. 45.**



**Dedico essa dissertação à minha avó, Ana (in memoriam), que me incentivou a caminhar nos estudos.**

## **RESUMO**

O presente estudo constitui uma interface entre linguagem e saúde mental. Inserida nos pressupostos teórico-metodológicos da Análise da Conversa Etnometodológica (SACKS, SCHEGLOFF e JEFFERSON (2003 [1974]) e, apoiando-se nos marcos teóricos da Linguística Aplicada das Profissões (SARANGI, 2006), essa dissertação buscou, em um primeiro momento, mapear, sob uma ótica interacional, as fases que compõem uma entrevista psiquiátrica de primeira vez de um ambulatório médico psiquiátrico que funciona dentro de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), vinculado ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Quanto ao método de pesquisa escolhido, utilizamos o estudo de caso, a fim de, em um segundo momento, realizar uma investigação de natureza exploratória, através da qual procuramos compreender as práticas conversacionais realizadas por uma médica residente em psiquiatria de nível um – R1 – para a tomada do histórico de um paciente. A análise de dados evidenciou que, inicialmente, as fases mapeadas durante esse evento discursivo afastam-se da proposta apresentada pela literatura especializada, na medida em que foi encontrado um número superior em relação às descritas nos manuais, isto é, abertura - apresentação do problema – tomada do histórico – avaliação do caso e encaminhamento – negociação e prescrição da medicação – recomendação do tratamento – realização do laudo – encerramento. Ademais, os resultados mostraram que a médica utiliza uma série de práticas, como o uso de formulação, a produção de continuadores (SCHEGLOFF, 1982), a repetição da fala do paciente e a elaboração de novas perguntas (HERITAGE, 2007), que fomentam no paciente a produção de relato, o que parece estar orientado para o objetivo da fase. Acredita-se que, ao desempenhar tais práticas, a médica aproxima-se de uma escuta ativa (HUTCHBY, 2005). Nessa direção, considerando a importância da relação médico-paciente para a construção das hipóteses diagnósticas e para o encaminhamento terapêutico, acredita-se que essa pesquisa é extremamente relevante, pois auxilia na compreensão da dinâmica interacional entre esse par, o que implica uma nova perspectiva para o entendimento do uso da linguagem nesse contexto, o que, por conseguinte, pode melhorar a qualidade dos serviços oferecidos.

**Palavras-chave:** Práticas conversacionais. Entrevista psiquiátrica. Análise da Conversa Etnometodológica. Estudo de caso.

## **ABSTRACT**

The current study forms an interface between language and mental health. Embedded in methodological and theoretical assumptions from the Ethnomethodological Conversation Analysis (SACKS, SCHEGLOFF e JEFFERSON (2003 [1974]) and, is supported by theoretical milestones of Applied Linguistics on Professions (SARANGI, 2006), this essay aimed, firstly, at mapping, through an interactional standpoint, the stages which compose a first-time psychiatric interview from a medical psychosocial ambulatory that works on a Psychosocial Attention Center (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS), linked to the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora. Regarding the chosen research method, we made use of the case study, aiming at, in a second moment, performing an exploratory-oriented investigation through which we try to understand the conversational practices undertaken by a psychiatric resident doctor on level 1 – R1 – for taking the patient history. The data analysis showed that, initially, the stages mapped during this discursive event moved away from the initiative proposed by the specialized literature, as a higher number of relations when compared to the manuals were found, which is, opening – problem display – history taking – case evaluation and forwarding – negotiation and drug prescription – treatment advisory – report fulfillment – closing. Furthermore, the results showed that the doctor used several practices, such as the use of formulation, the production of continuators (SCHEGLOFF, 1982), the patient speech repetition and elaboration of new questions (HERITAGE, 2007), which encourage patient report, seemingly more oriented to the goal of the stage. It is believed that when engaging this practice, the doctor gets closer to an active hearing (HUTCHBY, 2005). In this direction, regarding the importance of doctor-patient relation for the development of diagnosed hypothesis and the therapy addressing, we consider this research extremely relevant, as it helps understanding the interactive dynamics of the duo, implying a new perspective for the understanding of language use within this context, what, consequently, may improve quality of living of offered services.

**Key-words:** Conversational practices. Psychiatric interview. Conversation analysis. Case study.

## **LISTA DE SIGLAS**

**CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**

**R1 – Residente de nível 1**

**UBS – Unidade Básica de Saúde**

**HU- Hospital Universitário**

**UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora**

**ACe – Análise da Conversa Etnometodológica**

**PPPb – Primeira parte do par de base**

**SPPb – Segunda parte do par de base**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	14
2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS .....	17
2.1 Um breve resumo sobre a história da psiquiatria .....	17
2.2 A noção de entrevista psiquiátrica .....	18
2.3 Análise da Conversa Etnometodológica: origens e princípios de análise .....	19
2.3.1 A fala-em-interação em ambiente institucional.....	20
2.3.2 Os Estudos Sequenciais em Análise da Conversa Etnometodológica: Sequencialidade, Organização sequencial, Tomada de Turnos e Adjacência .....	22
2.4 A voz da medicina e a voz do cotidiano.....	32
3.METODOLOGIA E CONTEXTO DE PESQUISA .....	33
3.1 Os estudos aplicados da linguagem.....	33
3.2 A pesquisa qualitativa .....	34
3.3 Os aspectos metodológicos em Análise da Conversa Etnometodológica .....	35
3.3.1 A Etnometodologia .....	35
3.3.2Análise da Conversa Etnometodológica: implicações metodológicas .....	36
3.4 As contribuições etnográficas para este trabalho .....	40
3.5 O Centro de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (CAPS HU/UFJF): nosso lócus de pesquisa e a entrada no campo. ....	41
3.5.1 Descrição do contexto de pesquisa: a rotina de trabalho e a estrutura física.....	42
3.6 A geração e a análise dos dados .....	49
3.7 As notas de campo .....	51
3.8 As identidades dos participantes .....	51
3.9 Os médicos residentes .....	52
3.10 A supervisão da residência.....	53
3.11 O recorte dos dados .....	53
4. A ANATOMIA DA INTERAÇÃO: UMA PROPOSTA DE FASES PARA AS ENTREVISTAS PSQUIÁTRICAS CAPSHU/UFJF .....	55
4.1 Encontros institucionais: a anatomia da interação .....	55

4.1.2 Os estudos interacionais: o cenário nacional e internacional .....	56
4.2 A Literatura especializada: o que dizem os manuais?.....	59
4.2.1 Manual 1 – “A Entrevista Psiquiátrica” .....	59
4.2.2 Manual 2 – “O Tratado de Psiquiatria” .....	60
4.3 A entrevista Psiquiátrica do ambulatório mpsiquiátrico HU/UFJF.....	61
4.3.1 Abertura.....	64
4.3.2 Apresentação do problema .....	65
4.3.3 Tomada do histórico.....	66
4.3.4 Avaliação do caso e encaminhamento.....	68
4.3.5 Negociação da medicação .....	69
4.3.7 orientação sobre o tratamento.....	71
4.3.7 Realização do laudo .....	72
4.3.8 Encerramento .....	73
5. ANÁLISE DE DADOS.....	75
5.1 Nossa entrevista psiquiátrica.....	75
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	92
7. REFERÊNCIAS .....	96
8. ANEXOS.....	100
I – CARTÃO DE CONTROLE .....	101
II – FOLHA DE COMPARECIMENTO .....	102
III- NOTAS DE CAMPO CP12.....	103
IV – ROTEIRO SOBRE RESIDENTES .....	104
V- ROTEIRO PÓS-CONSULTA .....	105
VI - FICHA CADASTRAL DO PACIENTE .....	106
VII - DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO.....	107
VIII - ENCAMINHAMENTO PARA PSICOLOGIA.....	108
IX – PEDIDO DE EXAMES COMPLEMENTARES.....	109
X – RECEITUÁRIO CAPSHU/UFJF.....	110

XI – FICHA DE ANAMNESE .....	111
XII - DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA CAPSHU/UFJF .....	117
XIII- DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA FACULDADES DE LETRAS/UFJF .....	118
XIV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	119
XV- PARECER DE APROVAÇÃO CEP/UFJF .....	123

## 1. INTRODUÇÃO

Os contextos institucionais têm despertado o interesse de pesquisadores dos mais diversos campos do saber humano, possibilitando a construção de interfaces. Entre eles, destacam-se a Linguística, as Ciências Sociais, o Direito, a Educação e a Medicina.

Mais especificamente para essa pesquisa, os trabalhos brasileiros de interface entre os estudos aplicados da linguagem e a área da saúde têm recebido considerável atenção com os trabalhos de RIBEIRO, 1994; RIBEIRO, 2001; RIBEIRO, PINTO e LIMA, 2002; PINTO, RIBEIRO e DANTAS, 2005; RIBEIRO e PINTO, 2006; PEREIRA, 2005; OSTERMANN e SILVA, 2005; OSTERMANN e SOUZA, 2009; OSTERMANN, 2012. Mencionando, inicialmente, esses estudos, cremos ser necessário destacar aquele que foi o primeiro trabalho a propor uma interface entre, de um lado, os estudos aplicados da linguagem e, de outro, o campo da Saúde Mental, foco de nossa análise. A obra intitulada *Coherence in Psychotic Discourse*, publicada em 1994 e escrita por Branca Telles Ribeiro, inaugurou um novo cenário de pesquisa, despertando interesses e norteando trabalhos posteriores, no Brasil.

Classicamente, a psiquiatria é definida como o campo de estudo das relações interpessoais (SULLIVAN, 1971). Compreendemos que ela é “o ramo da medicina que tem como ponto central o diagnóstico e o tratamento da doença mental” (ANDREASEN e BLACK, 1995, p.11 apud PINTO e RIBEIRO, 2006 p.1).

Diferentemente de outras áreas da medicina, que contam com o apoio de exames laboratoriais para auxiliar no diagnóstico médico e na proposta de tratamento, na psiquiatria, o único instrumento de avaliação da condição psíquica do paciente é tão somente a palavra e a forma como o paciente se comunica com o médico, uma relação de caráter reflexivo (SULLIVAN, 1970; PINTO, RIBEIRO e DANTAS, 2005; RIBEIRO & PINTO, 2006). Nesse sentido, como elucidam Pinto e Ribeiro (2006), a entrevista psiquiátrica é o instrumento chave para o diagnóstico, considerando que os exames laboratoriais não fornecem evidências dos processos psicopatológicos.

Na literatura especializada, a entrevista psiquiátrica – em especial, a anamnese psiquiátrica - tem sido definida como um evento “através do qual o médico tem a possibilidade de acessar e avaliar as condições do paciente” (PINTO e RIBEIRO, 2006, p. 658). Assim, como apontam Pinto e Ribeiro (2006), para o médico, a entrevista constitui uma oportunidade recolher as informações do paciente com vistas a realizar o diagnóstico e estabelecer as ações para o tratamento mais adequado. Para o paciente, o evento é uma oportunidade de abordar tópicos de saúde e de doença, no qual as histórias pessoais emergem. Nessa mesma direção, Pereira (2010) chama atenção para o fato de, na condição de um gênero

discursivo, a entrevista psiquiátrica ser um evento comunicativo, em que “o paciente “descreve” sintomas, e o médico os analisa e prescreve o melhor tratamento” (PERERIRA, 2010, p.685).

Outro ponto importante para compreensão desse gênero oral está no fato de, em sua estrutura, a entrevista psiquiátrica, do ponto de vista linguístico, ser construída a partir de um jogo de pergunta-resposta, com a médica realizando as perguntas e o paciente produzindo as respostas. Ordinariamente, é através desse jogo de pergunta-resposta que a médica consegue elaborar suas hipóteses diagnósticas, embora, em nossa entrevista, elas não sejam verbalizadas abertamente com o paciente.

Partindo, então, da importância da comunicação para a construção desse tipo de evento discursivo, nós, aqui, enquanto linguístas aplicados, nos interessamos em compreender o uso da linguagem no contexto psiquiátrico. Em específico, buscamos estudar os mecanismos linguísticos acionados por uma médica residente de nível um – R1 – para a tomada do histórico do paciente, durante uma fase específica do evento – a tomada do histórico.

Elegemos como foco de nosso estudo a fase de a tomada do histórico por ela apresentar-se como uma das fases mais importantes do evento. Tal como apontado pelos estudos especializados (SULLIVAN, 1970), é nesse momento que o médico investiga o histórico do paciente (familiar, pessoal, da doença atual e pregressa), o que auxilia, em grande parte, na elaboração das hipóteses diagnósticas e na proposta de tratamento.

Partindo, então, desse recorte, para a construção desse trabalho, em um primeiro momento, visitamos dois manuais clássicos de psiquiatria. Objetivamos com eles oferecer a visão global do encontro apresentada pela literatura especializada, de natureza prescritiva. Em seguida, auxiliando-nos dos pressupostos teórico-metodológicos da Análise da Conversa Etnometodológica, pautados em dados reais de fala-em-interação, confrontamos a visão consagrada nos manuais, a fim de propor uma anatomia da interação de uma entrevista psiquiátrica do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob uma óptica interacional.

Em um segundo momento, com o objetivo de compreender melhor esse tipo de encontro institucional, concentramos nossos esforços nas práticas conversacionais acionadas pela médica, durante a fase da tomada do histórico. Dessa forma, propomo-nos, ao final desse trabalho, responder às seguintes perguntas de pesquisa:

- (1) Como a médica faz a tomada do histórico?
- (2) Que práticas conversacionais são mobilizadas para a tomada do histórico?
- (3) Como essas práticas podem se relacionar a questões mais amplas de saúde mental?

Para isso, analisaremos oito excertos pautando-nos em dados reais de fala-em-interação. A nossa pesquisa também é de natureza qualitativa e interpretativa com procedimentos de base etnográfica para a geração de dados.

Nossos corpus está composto por vinte e nove entrevistas psiquiátricas de primeira vez, das quais vinte e sete ainda não foram transcritas. Cabe destacar que para a geração dos nossos dados, foi preciso desenvolver um projeto de pesquisa – aprovado pelo Comitê de Ética da UFJF. Além disso, o processo de geração de nossos dados ocupou um total de oito meses, nos quais pudemos criar nosso corpus e manter um contato prolongando com o nosso campo de investigação.

Por fim, no que tange à estrutura, no capítulo dois, introduzimos as noções teóricas que nortearam nossa análise de dados. Em seguida, nos capítulos três e quatro, apresentamos, respectivamente, nossos pressupostos metodológicos e nosso contexto de pesquisa e uma proposta de fases para as entrevistas psiquiátricas do ambulatório psiquiátrico que funciona dentro do CAPSHU/UFJF. Por fim, analisamos nossos dados, com base em uma entrevista psiquiátrica e, em seguida, realizamos nossas considerações finais.

## 2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Nesse capítulo, apresentamos ao leitor as noções teóricas que nortearam a nossa análise de dados. Tendo em vista que esse trabalho é construído a partir de uma interface, tomamos o cuidado de trabalhar com as duas literaturas que dão a razão de ser a essa pesquisa. Para tanto, partimos, inicialmente, da história da psiquiatria e da noção de entrevista psiquiátrica. Perpassamos pela noção de conversa institucional e, em seguida, introduzimos a noção de Sequencialidade, Organização Sequencial, Tomada de Turnos e Adjacência, nos seios da Análise da Conversa Etnometodológica. Por fim, introduzimos a noção de pergunta, em ambiente institucional e no cenário psiquiátrico.

### 2.1 Um breve resumo sobre a história da psiquiatria

O campo da Saúde Mental, mais especificamente a psiquiatria, por sua própria história, sempre foi alvo de interesse das ciências humanas. Ao longo do tempo, traçou-se a história da psiquiatria e a da loucura, deixando marcas indeléveis. Como destaca Foucault, em sua obra intitulada “História da loucura: na idade clássica”, na Europa, durante a Idade Média, a exclusão do convívio social foi a solução encontrada para resolver o problema da loucura, considerada um mal social. A construção de casas de assistência distantes das cidades e a confecção de embarcações que abrigassem os loucos, levando-os, assim, para longe da população, foram alguns dos meios utilizados para manter a loucura, durante muito tempo, apartada da sociedade.

Como destaca NEGREIROS (2008), após um longo período de exclusão, durante o Classicismo, criaram-se novas formas de se lidar com a loucura: a invenção dos centros de internamento, os manicômios, trouxe à sociedade da época a possibilidade de uma exclusão ainda mais severa. Eram destinados a esses centros todos aqueles que, de alguma forma, não serviam mais aos anseios sociais, a saber, os criminosos, os inválidos, os “loucos”, entre outros.

Em meio ao caos da loucura, Philippe Pinel, médico francês, inicia um trabalho de separação entre “prováveis doentes psíquicos e outros desvalidos” (NEGREIROS, 2008, p 53). A autora atenta para o fato de que, embora seja Pinel quem tenha iniciado essa separação, o saber psiquiátrico só foi instituído com um saber científico com Esquirol, em 1818.

Até meados do século XX, a força e a opressão foram as armas utilizadas para o convívio com a loucura, quando, somente, então, com a reforma psiquiátrica, em meados das décadas de 1960 e 1970, na Europa, buscou-se a criação de outros meios para substituir o modelo clássico. Liderado, principalmente, por profissionais da área de Saúde Mental, esse movimento buscou reestabelecer a cidadania das pessoas que sofriam com algum transtorno psíquico.

No Brasil, a reforma psiquiátrica data da década de 1980. Como assinala Negreiros (2008), em consonância com a insatisfação do tratamento oferecido aos pacientes psiquiátricos, o processo de redemocratização do país foi um elemento chave que impulsionou a mudança do modelo de atenção, o que culminou na criação dos centros de atenção psicossociais (CAPS) – modelo vigente na atualidade.

## 2.2 A noção de entrevista psiquiátrica

Os estudos especializados têm ressaltado a entrevista psiquiátrica como um gênero de caráter oral (PEREIRA, 2010, MISHLER, 1986, SULLIVAN, 1971). Tal como sinalizado por Pinto e Ribeiro (2006), a entrevista psiquiátrica constitui um elemento chave para o tratamento em saúde mental. Isto se deve ao fato de ela ser um instrumento através do qual o médico tem a possibilidade de acessar e avaliar as condições psíquicas do paciente, o que lhe permite construir um perfil clínico e traçar as melhores estratégias para o tratamento mais adequado.

Em seu estudo clássico sobre a entrevista psiquiátrica, Mishler (1986) a concebe como um evento de fala envolvendo participantes que desempenham papéis sociais e discursivos, em uma interação face a face. Em consonância com Mishler (1986), Pereira (2010) conclui que nesse tipo de encontro institucional, “o paciente descreve sintomas e o médico os analisa e prescreve o melhor tratamento” (PEREIRA, 2010, p.685).

No que diz respeito à estrutura da entrevista psiquiátrica, estrutura Zuardi e Loureiro (1996), consideram que as entrevistas psiquiátricas podem ser agrupadas em três categorias: **abertas, estruturadas e semiestruturadas.**

Nas entrevistas **abertas**, o entrevistador não segue nenhum tipo de roteiro rígido ou predeterminado. Isso permite que o entrevistado construa sua fala livremente.

No segundo tipo de entrevista, ou seja, **as estruturadas**, as informações obtidas são predeterminadas por um formulário que guia a sequência de perguntas que serão realizadas durante o evento.

Nas entrevistas **semiestruturadas**, é possível observar a presença de um de estruturação que permite uma flexibilização na sequência e ou na forma de se formular as perguntas.

Consideramos nossa entrevista como pertencente à categoria semiestruturada, pois ela busca obter dados que lhe permitam construir uma história clínica, através de um roteiro que é, por sua vez, mediado pela inserção de perguntas não preestabelecidas.

### **2.3 Análise da Conversa Etnometodológica: origens e princípios de análise**

Os estudos seminais de Harvey Sacks, Gail Jefferson e Emanuel Schegloff, levados a cabo na década de 1960, deram origem a uma das mais ricas derivações da Sociologia fenomenológica e da Etnometodologia (HERITAGE, 1984).

Partindo dos princípios do programa Etnometodológico inaugurado por Garfinkel, em 1967, cujo foco de estudo centrou-se nas atividades e nas situações de raciocínio sociológico prático, isto é, na análise de situações da vida cotidiana, a Análise da Conversa auxiliou-se das concepções da Etnometodologia, inaugurando uma nova vertente de estudos. Tal como postulado por Heritage (1999), o foco de análise em ACe volta-se para a compreensão da forma, através da qual os atores sociais “criam, reúnem, produzem e reproduzem as estruturas práticas para as quais se orientam” (HERITAGE, 1999, p.333).

Nessa direção, os procedimentos empregados pelos analistas da Conversa para descobrir a organização da fala-em-interação que permitem o entendimento mútuo entre os participantes da conversa são possíveis, através da investigação de unidades linguísticas, ou seja, dos turnos conversacionais ou turnos de fala. Assim, os estudos em ACe pautam-se nos estudos de ações sequenciais e que são construídas turno a turno.

Outro pressuposto em Ace está no fato de essa concepção teórico-metodológica partir do princípio de que a conversa é indispensável para a constituição do mundo social, uma vez que ela está presente nas mais diversas atividades cotidianos que realizamos.

Tais considerações permitem-nos definir a ACe como uma forma de microssociologia, tendo em vista que suas análises são construídas a partir de observações e descrições micro da estrutura da fala.

Nas próximas seções, apresentamos o arcabouço teórico metodológico da Análise da Conversa Etnometodológica empregados para a análise dos nossos dados, bem como realizamos uma revisão da literatura, a fim de dar visibilidade aos trabalhos desenvolvidos nos seios dos estudos interacionais.

### 2.3.1 A fala-em-interação em ambiente institucional

O termo “fala-em-interação institucional” tem sido empregado por pesquisadores da linguagem para definir interações que, através da fala, ocorrem em instituições tanto de caráter público quanto privado.

Partindo dos Pressupostos de Goffman (1983) de que a interação incorpora a ordem social e institucional e que esta ordem interacional implica um conjunto complexo de ordens e deveres, cujas obrigações interacionais estão ligadas tanto às identidades dos participantes quanto às das instituições, os analistas da conversa buscaram investigar o que denominaram a institucionalidade da conversa.

Pautados da concepção Etnometodológica que a conversa está presente nas mais diversas atividades cotidianas, os estudiosos da linguagem não restringiram suas investigações à conversa cotidiana, voltando seu interesse, também, para as relações institucionais a fim de descrever “o que os participantes estão fazendo em um determinado campo de trabalho ou prestação de serviços” (LADEIRA, 2014, p.2).

De acordo com Heritage (1992), a investigação de interações sociais em contextos institucionais tem como objetivo estudar “interações baseadas ou relacionadas com a execução de determinadas tarefas que envolvem pelo menos um participante representante de uma organização formal e pessoas legais” (DREW & HERITAGE, 1992, p.4). Assim, é possível dizer que as condutas dos atores sociais são moldadas de acordo com a instituição a qual representam ou da qual são clientes, a fim de cumprir tarefas relacionadas à instituição na qual estão inseridos. Entretanto, como os próprios autores destacam, a natureza do ambiente por si só não possibilita legitimar a institucionalidade da conversa, visto que tal definição passa pelo modo através do qual a interação acontece, ou seja, é preciso que se observe e explore outros aspectos.

Calculado nesses pressupostos, Heritage (1997) propõem seis lugares relevantes para a investigação da institucionalidade da conversa: i) a organização da tomada de turnos; (ii) a organização estrutural global da interação; (iii) a organização sequencial; (iv) o modelo de turno; (v) a escolha lexical; (vi) a assimetria epistemológica e outras formas de assimetria

A organização da tomada de turnos implica a seleção da ação que será desempenhada em um determinado turno e como tal ação será executada. Em ações de discordância, por exemplo, poderíamos destacar a construção de turnos de forma a marcar uma discordância

direta ou indireta, além de como isso será executado, ou seja, através do emprego de atenuadores, de *accountsetc*.

Outra dimensão mencionada diz respeito à estrutura global do encontro. Isto é, uma interação institucional se distingue de uma interação cotidiana, na medida em que a primeira segue um script. A primeira, por sua vez, caracteriza-se pela imprevisibilidade, isto é, os rumos que uma interação cotidiana pode tomar ao longo de uma interação não podem ser mesurados.

Para Drew e Heritage (1992), a organização sequencial diz respeito aos tipos de sequências que caracterizam uma interação. Por exemplo, a entrevista psiquiátrica utilizada aqui difere-se, amplamente das conversas espontâneas por ser compostas, basicamente, por sequências do tipo “pergunta-resposta”.

No que tange ao modelo do turno, o autor destaca que ele está relacionado com a ação pretendida para aquele turno. Por conseguinte, a seleção de elementos sintáticos, lexicais, prosódicos, entre outros, é um tipo de ação realizada pelos falantes com o objetivo de adequar o que pretendem dizer ou executar uma determinada ação.

A escolha lexical permite que o falante evoque a institucionalidade, através das escolhas vocabulares que são empregadas (vocabulário técnico vs. vocabulário leigo). Segundo Drew e Heritage (1992), a escolha lexical está diretamente ligada às “afirmações determinantes de um conhecimento especializado e às identidades institucionais” (DREW e HERITAGE, 1992, p.29).

A última dimensão, a assimetria epistemológica e outras formas de assimetria, refere-se ao conhecimento de mundo que dispõe cada participante dos eventos nos quais estão inseridos. É através desse conhecimento que eles podem (ou não) - no caso da ausência - realizara construção e a atribuição das identidades que constroem o objetivo da interação.

Tais dimensões interacionais podem ser encontradas no ambiente institucional que analisamos, visto que os participantes orientam suas atividades para metas e tarefas que compõem tanto essa instituição quanto suas identidades profissionais ou institucionais que se tornam relevantes para o cumprimento das atividades em que estão engajados.

No CAPSHU/UFJF, emergem duas identidades que são *sustentadas* ao longo da interação, médico e paciente. O primeiro, representante da instituição, é a pessoa que tem o direito e o poder de conduzir e ordenar sobre a interação que é co-construída pelos participantes. O fato de o médico *poder* conduzir a interação revela o caráter assimétrico do encontro institucional, em contraste com a simetria das interações cotidianas.

Em nossos dados, além de o médica possuir o poder de gerenciar a alocação dos turnos nas entrevistas psiquiátricas, ela desempenha também o papel de negociadora, na medida em

que negocia a medicação a ser utilizada pelo paciente. Dessa forma, assim como nos interrogatórios policiais da Delegacia de Repreensão e Crimes Contra a Mulher estudados por PINTO (2009), a atividade de negociação nas entrevistas psiquiátricas não ocorre de forma descontextualizada das atividades executadas pelos participantes, mas articula-se com as práticas de trabalho, isto é, com as metas e tarefas realizadas pelos participantes nas interações.

Garcez (2002) aponta que em conversas de negociação, as atividades e as identidades que os participantes tornam relevantes ao longo da interação são vistas como sendo *metas institucionais*. Segundo o autor, são essas metas que operam na interação de modo a fornecer os enquadres que irão restringir as condutas dos participantes, considerando a instituição da qual fazem parte. Portanto, em um ambiente institucional, se houver, em um determinado momento, uma mudança para uma conversa informal, um participante qualquer poderá *reenquadrar* os outros participantes da interação, sinalizando que há um desvio e, solicitando, então, que se reencaminhem para o cumprimento da meta-fim para a solução do problema daquela instituição.

Tal negociação tem sido definida como mandato institucional (MAYNARD, 1982, 1984). A respeito desse conceito, Garcez (2002) destaca que:

“participantes tem uma meta-fim, tangível na medida em que podem explicitá-la, meta a ser alcançada por meio de sua interação e que precisa estar assegurada antes do encerramento da interação. Eles compartilham um entendimento de que esta meta-fim e o que motiva seu engajamento em uma interação sustentada, da maneira como e sustentada e pelo tempo em que e sustentada” (GARCEZ, 2002, p. 59).

Nessa perspectiva, tal como esclarece Garcez (2002), os participantes de uma interação institucional partilham uma orientação, a fim de alcançar uma meta-fim, que é possível através da interação.

### **2.3.2 Os Estudos Sequenciais em Análise da Conversa Etnometodológica: Sequencialidade, Organização sequencial, Tomada de Turnos e Adjacência**

#### **2.3.2.1 Sequencialidade e Organização Sequencial**

Os estudos seminais em ACE voltaram seus esforços para a compreensão da máquina da conversa (SACKS, 1992), isto é, os investigadores dedicaram-se a descrever como a conversa se estrutura e se organiza. Tal empreitada, levada a cabo através de análises de

interações, cujo foco centrou-se na perspectiva dos agentes, isto é, uma perspectiva êmica, deu origem a um importante arcabouço teórico-metodológico. Nessa direção, tal como apontado por Bulla (2007), os estudos desenvolvidos em ACepautam-se na busca das evidências que os participantes demonstram uns para os outros.

As ações desempenhadas na fala-em-interação são realizadas através da construção de turnos conversacionais, ou seja, segmentos de fala construídos a partir de Unidades de Construção de Turno (UCTs). Como enfatiza Gago (2005), as UCTs correspondem a unidades como palavras isoladas, orações, sentenças, locuções frasais e até recursos prosódicos que têm, entre outras propriedades, a projetabilidade, que se caracteriza pelo fato de os participantes poderem prever, durante a construção de uma UCT, que tipo de unidade está sendo construída por seu interlocutor e, assim, onde, possivelmente, será o provável lugar para transição.

Os turnos conversacionais são proferidos pelos participantes ao longo da interação, numa perspectiva sequencial, considerando um tempo cronológico. Assim, como assinala Schegloff (2007), uma sequência pode ser entendida como um segmento de fala que constitui uma unidade e, por conseguinte, o termo organização sequencial pode ser definido como a forma através da qual essas unidades de fala são organizadas, durante o processo interacional.

### **2.3.2.2. O sistema de Tomada de Turnos**

Em seu artigo clássico, denominado “Sistemática Elementar para a organização da tomada de turnos para a conversa”, Sacks, Schegloff e Jefferson (2003[1974]) descreveram a organização básica do sistema de tomada de turnos. Tal como apresenta Schegloff (2007), o termo tomada de turno refere-se ao modo “como as pessoas conseguem falar [ no sentido de ter a palavra], por quanto tempo, e com que consequências” (SCHEGLOFF, 2007). É através da distribuição ordenada de oportunidades, permitindo que cada falante tenha acesso ao piso conversacional, que a organização sequencial da interação acontece.

SSJ, através da observação de interações cotidianas, puderam descrever, sistematicamente, como os participantes de uma interação se organizam a fim de atingirem uma compreensão mútua e manterem uma conversa. Os quatorze tópicos conferem à organização da tomada de turno um caráter elementar devido à sua presença em qualquer sociedade humana (SCHEGLOFF, 1987). Ademais, outros sistemas, a saber, os elementos organizadores de debates, de reuniões, de entrevistas, de cerimônias, entre outros, são adaptações e, assim, derivam da organização da tomada de turnos da conversa cotidiana.

- 1) A troca de falante se repete, ou pelo menos ocorre;
- (2) Na grande maioria dos casos, fala um de cada vez;
- (3) Ocorrências de mais de um falante por vez são comuns, mas breves;
- (4) Transições (de um turno para o próximo) sem intervalos e sem sobreposições são comuns. Junto com as transições caracterizadas por breves intervalos ou ligeiras sobreposições, elas perfazem a grande maioria das transições;
- (5) A ordem dos turnos não é fixa, mas variável;
- (6) O tamanho dos turnos não é fixo, mas variável;
- (7) A extensão da conversa não é previamente especificada;
- (8) O que cada um diz não é previamente especificado;
- (9) A distribuição relativa dos turnos não é previamente especificada;
- (10) O número de participantes pode variar;
- (11) A fala pode ser contínua ou descontínua;
- (12) Técnicas de alocação de turno são obviamente usadas. Um falante corrente pode selecionar um falante (como quando ele dirige uma pergunta à outra parte) ou as partes podem se auto-selecionar para começarem a falar;
- (13) Várias “unidades de construção de turnos” são empregadas; por exemplo, os turnos podem ter projetadamente a “extensão de uma palavra” ou podem ter a extensão de uma sentença;
- (14) Mecanismos de reparo existem para lidar com erros e violações de tomada de turnos; por exemplo, se duas partes encontram-se falando ao mesmo tempo, uma delas irá parar prematuramente, reparando, assim, o problema. (SACKS;SCHEGLOFF; JEFFERSON, 2003[1974], p.13).

Em nossos dados, em consonância as regras apresentadas por Sacks, Schegloff e Jefferson (2003[1974]), é interessante observar, em especial, a aplicação da segunda regra - cada falante falando por vez e com de sobreposições de fala curtas.

Outro ponto descrito pelos autores foi o sistema de alocação de turnos na conversa cotidiana – dividido em dois grupos: (a) aqueles em que o turno seguinte é alocado pela seleção que o falante corrente faz de quem será o falante seguinte; e (b) aquelas em que o turno seguinte é alocado por auto-seleção.

As duas regras abaixo correspondem ao sistema de alocação de turnos e foram descritas por SSJ (2003 [1974]).

[1] Para qualquer turno, no lugar relevante para a transição de uma primeira unidade de construção de turno: [a] Se o turno até aqui está construído de modo a envolver o uso de uma técnica de “falante corrente seleciona o próximo”; então, a parte assim selecionada tem o direito e é obrigada a tomar o turno seguinte para falar; nenhuma outra parte possui tais direitos ou obrigações, e a transferência ocorre naquele lugar. [b] se o turno até aqui está construído de modo a não envolver o uso de uma técnica de “falante corrente seleciona o próximo”, então a auto-seleção para a próxima vez de falar pode ser instituída, mas não necessariamente; quem inicia primeiro adquire o direito ao turno, e a transferência ocorre naquele lugar. [c] Se o turno até aqui está construído de modo a envolver o uso de uma técnica de “falante corrente seleciona o próximo”, então o falante corrente pode, mas não precisa continuar, a menos que outro se autoseleccione.

[2] Se, no primeiro lugar relevante para a transição de uma primeira unidade de construção de turno, nem 1a nem 1b operam e, segundo a previsão 1c, o falante corrente

continuou, então o conjunto de regras a-c reaplica-se no próximo lugar relevante para a transição, até a transferência ser efetivada (SACKS, SCHEGLOFF e JEFFERSON, 2003 [1974], p.16-17).

SSJ chamam a atenção para o fato de as regras apresentadas eliminarem a possibilidade de intervalos e de sobreposições da maior parte da conversa, bem como permitirem que as trocas de turnos ocorram em lugares relevantes para a transição, a fim de manter e preservar o entendimento comum dos participantes, isto é, a intersubjetividade.

### 2.3.2.3 Os pares adjacentes

Outro conceito chave para a compreensão da estrutural conversacional em Ace é o conceito de par adjacente. Como aponta Gago (2005), as elocuições, nos estudos da Análise da Conversa, ocupam o eixo central de análise. Isto se deve ao fato de elas serem formas de ação situadas em algum posicionamento temporal, em uma sequência de ações.

Nos estudos de sequencialidade, um grupo de ações destaca-se, na medida em que ocorrem sempre em pares, a saber, os pares adjacentes. Pedido/recusa, convite/aceitação constituem exemplos desta ocorrência.

Em sua forma não expandida, os pares adjacentes apresentam as seguintes características:

- 1) São compostos de dois turnos; 2) executados por diferentes falantes; 3) posicionados adjacente, i.e., um depois do outro; 4) podem ser diferenciados em primeira parte do par (doravante PPP) e segunda parte do par (doravante SPP); 5) os pares são do tipo específico, i.e., não é qualquer SPP que pode seguir uma PPP; não se pode oferecer em resposta a um convite (“você aceita um café”) um cumprimento (“oi”) (GAGO, 2005, p.64).

Esses pares, basicamente constituídos de PPPb (primeira parte do bar de base) e SPPb (segunda parte do bar de base), parecem ser a forma básica da interação, uma vez que são a unidade elementar de construção de sequências.

Gago (2005) assevera que elocução de pares adjacentes, PPP e SSP, ativa nos participantes “expectativas de que as contribuições conversacionais sejam relacionadas umas às outras” (GAGO, 2005, p.65). Isto é, ao proferir uma PPP, espera-se (não é obrigatório), imediatamente, do falante seguinte, uma SPP relevante que sirva de resposta à PPP inicial. Como destaca Gago (2005), esta regra é denominada como relevância condicional

Os pares adjacentes, enquanto sequências mínimas, podem sofrer expansões. Elas “significam participação adicional das partes, através de turnos adicionais de fala, nos quais algum tipo de trabalho interacional que “gravita” em torno da ação de base está sendo

executado” (GAGO, 2005, p. 66). As expansões podem ser de três tipos: (1) as pré-expansões, (2) as expansões por inserção e (3) as pós-expansões.

A pré-expansões ocorrem antes da primeira parte do par de base (PPPb) e possui duas funções básicas: (1) ativar a relevância de uma resposta, em uma SPP; (2) Avaliar a possibilidade de introdução de uma PPPb.

De acordo com a regra de relevância, existem dois tipos de respostas a uma PPP de uma pré-sequência: (1) uma ação encorajadora; (2) uma ação desencorajadora. Na primeira, há uma sinalização para o falante de que a PPPb pode ser realizada e, que, caso o seja, esta obterá um resultado satisfatório. Na segunda, existe uma sinalização que aponta para uma possível recusa, caso a PPPb seja realizada. Schegloff (1995) argumenta que as pré-sequências orientam os participantes para a possibilidade de uma resposta despreferida. Assim, elas funcionam como elementos que realizam uma checagem para a possível implementação de uma PPPb.

As expansões por inserção ocorrem entre a PPPb e a SPPb. O objetivo deste tipo de expansão é retardar a realização de uma SPPb, já que ela rompe a contiguidade existente entre a PPPb e a SPPb. Elas podem ser de dois tipos: (a) expansões por inserção pós-primeiras e (b) expansões por inserção pré-segundas. As pós-primeiras, como aponta Schegloff (1995), são as inserções reparadoras, ou seja, constituem-se a partir da prática de reparo. Dessa forma, “olham para trás” (Schegloff, 1995, p.101). As expansões por inserção pré-segundas voltam-se à SPPb, o seu objetivo é buscar as condições necessárias para a implementação de uma SPPb. Nessa perspectiva, elas “olham para frente” (SCHEGLOFF, 1995, p.101).

Por último, as pós-expansões ocorrem após a realização de uma SPPb e pode ser de dois tipos: (1) mínimas e (2) não mínimas. Na primeira, os participantes não demonstram interesse em expandir a sequência conversacional posterior e, por isso, ela apresenta apenas um turno de fala, cujo objetivo é realizar o encerramento da interação. Na segunda, por sua vez, o falante delinea a construção de uma PPP, imediatamente posterior à SPPb, que requer uma SPP em resposta à PPP projetada. Schegloff (1995) pontua que em SPPb preferidas, o encerramento apresenta-se relevante, enquanto, por outro lado, em uma SPPbdespreferida, a expansão configura-se como um tipo de ação interacionalmente relevante.

#### **2.3.2.4 Os continuadores**

Nos estudos interacionais, o uso de vocalização de partículas como “mhm”, em nossos dados, tem sido apontado pela literatura especializada como uma maneira de gerenciar os turnos conversacionais (SCHEGLOFF, 1982; GOODWIN, 1986; OSTERMANN, 2008).

Em seu texto clássico, Schegloff (1982) dedica-se ao estudo da partícula “uh huh”, em dados de língua inglesa. De acordo com o autor, essa vocalização é uma forma através da qual, o seu produtor parece demonstrar compreensão em relação ao que o seu interlocutor disse anteriormente. Além disso, ela, também, sinaliza que o falante que a profere reconhece a produção de uma unidade de fala extensa, por parte de seu interlocutor, que pode não haver chegado ao fim. Assim, Schegloff pontua que a produção dessa partícula oferece oportunidade para que o seu interlocutor continue produzindo fala, sendo, portanto, definida como um “continuador”.

Outra característica importante desse tipo de construção lexical destacada pelo autor está no fato de ela não possuir um status de turno em si, uma vez que não reclama o direito de o falante tomar o piso conversacional e, por conseguinte, produzir mais fala.

### **2.3.2.5 O par adjacente: pergunta e resposta**

Tal como destacado por Silva (2014), “a prática de perguntar é uma das ações mais comuns em interações institucionais” (Silva, 2014, p.15). Isso se deve ao fato de, como enfatizam Gago e Silveira (2006), perguntas e respostas serem um tipo muito produtivo de estrutura conversacional.

Em consonância com Silva (2014) e Gago e Silveira (2006), Sarangi (2009) e Koshik (2009), destacam que perguntas formam o aspecto crucial de todos os encontros institucionais e serem orientadas a uma tarefa, além de perseguirem uma agenda.

Nos estudos interacionais em ACe, Koshik (2009) ressalta que, para os Analistas da Conversa, perguntas (Ps) são entendidas como primeira parte do par. Basicamente, elas iniciam cursos de ações e fazem com que certos tipos de respostas (Rs) sejam preferidas. Ademais, é através das perguntas que os papéis institucionais são estabelecidos, visto que elas refletem as normas da instituição, sendo, assim, centrais para o cumprimento da meta institucional. Portanto, como já mencionado, ao proferir uma P, a PPP, uma R, SPP, é esperada, o que nos permite concluir que PPP e SPP mantêm uma relação de dependência, não podendo, assim, serem analisadas fora de seu ambiente sequencial, já que nenhuma elocução ocorre de forma isolada, mas sim em um lugar sequencialmente marcado (HUTCHBY e WOOFIT, 1998).

Tradicionalmente, Heritage (2002) define pergunta como “uma forma de ação social construída para solicitar informação, realizada através de uma sintaxe interrogativa” (HERITAGE, 2002, p.1427). Entretanto, amplamente discutido, o conceito de pergunta vem sendo revisitado ao longo dos anos.

Nos estudos interacionais sobre perguntas e respostas, Tracy e Robles (2009) destacam que elocuições que são reconhecidas como perguntas podem ser realizadas de três formas: (a) sem que haja uma forma sintática interrogativa; (b) sem que possuam o objetivo de buscar informação e (c) com a ausência de ambos, isto é, sem a forma sintática interrogativa e sem o objetivo de questionar. Em consonância, Bolinger (1957) assevera que uma pergunta não pode ser definida através de um critério linguístico apenas (o entoacional, o lexical e o sintático, por exemplo) (BOLINGER, 1957 apud EHRLICH e FREED, 2009). Isto é, em interações, uma estrutura que disponha de uma construção sintática interrogativa pode não ser considerada como sendo uma pergunta, pelos participantes. Um exemplo disso são as perguntas retóricas. Da mesma forma, uma afirmação declarativa pode ser compreendida como pergunta, embora não possua uma forma sintática interrogativa.

Acreditamos que uma pergunta deva ser entendida, pois, como um modelo de comportamento, uma prática. Assim, “o ato de perguntar torna-se uma atividade complexa, pois se situa na interseção de forma e norma, isto é, entre o que as pessoas fazem e o que elas entendem sobre as ações de outrem (HANKS, 1996, apud SIDNELLI, 2009, p.2, minha tradução). Como assinala Sidnelli (2009):

“O ato de perguntar, como outras formas de práticas, tem um caráter inefável e indefinível. Pode-se apontar as instâncias, mas a definição que adequadamente captura todas elas é impossível. Isto é, cada instância de uma “pergunta” é o resultado contingente, a realização situada, das pessoas interagindo umas com as outras” (SIDNELLI, 2009, p. 2).

Ainda, de acordo com o autor, uma “pergunta é também categoria que pessoas comuns e representantes institucionais semelhantemente usam na avaliação da conversa, na tentativa de discernir o mandato do contexto com o qual estão operando” (SIDNELLI, 2009, p.3).

Outro estudo clássico que se debruça no estudo de perguntas e repostas é o de Heritage e Clayman (2010). Os autores explicitam que perguntas não só definem a tarefa e guiam a agenda do encontro, mas também transmitem pressuposições sobre os fatos apresentados, estabelecem preferências, além de carregarem a postura epistêmica de quem as formula.

Assumindo que perguntas podem ser estudadas quanto aos seus aspectos formais, semânticos e pragmáticos, nós, analistas da conversa, nos interessamos pelo par pergunta-resposta, enquanto sequências interacionais e, também, pela forma como organizam a

conversa - como um indício de compreensão no diálogo. Assim, “o que os participantes dizem ou fazem no turno seguinte evidencia o seu entendimento sobre a elocução produzida anteriormente” (SILVA, 2014, p.17).

Partindo dessa perspectiva, Harris (1984) examinou a recorrência de perguntas em ambiente judicial, classificando-as quanto à sua forma, primeiramente. O estudo analisou, através de métodos quantitativos e qualitativos, 188 perguntas. Autora demonstrou que perguntas podem ser extremamente condutivas e chamou a atenção para o fato de como aquele que tem direito a fazer perguntas pode exercer poder e controlar o discurso a seu próprio favor.

Outro estudo relevante é o de Drew (1992). O autor dedicou-se a estudar a realização de perguntas em interrogatórios judiciais. O autor conclui que o advogado utiliza as perguntas como uma forma de manipulação dos depoimentos dos interrogados, tornando-os inconsistente e influenciando a opinião do júri. Contudo ao tornar consciência da intenção do advogado, as respostas produzidas são formuladas de forma defensiva, buscando escapar sem deixar-se, assim, conduzir por um discurso manipulador.

Em um estudo clássico, Heritage (2002) aborda as perguntas negativas em entrevistas. Para o autor, esse tipo de pergunta age como condutor de asserções e possui, frequentemente, como meta a função de destacar um ponto de vista. Heritage mostra que, no que diz respeito à forma, as perguntas negativas se passam por perguntas neutras e possuem o objetivo de recolher informações. Entretanto, são questões bastante condutivas e servem para projetar uma resposta esperada ou preferida.

No cenário nacional, Gago e Silveira (2006) analisaram perguntas com candidatos à presidência e em audiência de conciliação. Para tanto, os autores pautam-se no estudo de Heritage e Roth (1995) cujas bases estão alicerçadas em um estudo levado a cabo por Quirk et al. (1985). A partir da identificação de cinco tipos de perguntas: a) perguntas do tipo sim/não; (b) perguntas do tipo *wh* (c) perguntas declarativas; (d) forma negativa interrogativa (*tagquestions*) e (e) perguntas alternativas, os autores apontam como ponto comum a condutividade tanto nas perguntas realizadas pelo mediador quanto pelo entrevistador. Outro ponto relevante apresentado pelos autores concerne ao mandato institucional. No que diz respeito aos entrevistadores, o mandato baseava-se no esclarecimento da opinião pública. Os mediadores, por outro lado, tinham como meta a solução do caso, dentro dos limites legais.

#### **2.3.2.6 Tipos de pergunta**

Os estudos especializados atentam para o fato de perguntas poderem ser agrupadas em duas categorias, (1) de acordo com a sua função e (2) de acordo com a forma que assumem, ou seja, o *design* (HERITAGE, 2002; SIDNELLI, 2009; RAYMOND, 2009; TRACY e ROBLES, 2009; KOSHIK, 2009). Quanto à forma, as perguntas podem ser enquadradas em cinco categorias: (a) perguntas do tipo sim/não; (b) perguntas do tipo *wh* (c) perguntas declarativas; (d) forma negativa interrogativa (*tagQuestions*) e (e) perguntas alternativas (GAGO e SILVEIRA, 2006; HERITAGE e ROTH, 1995; KOSHIK, 2008, RAYMOND, 2009; TRACY e ROBLES, 2009).

### 2.3.2.7 Função das perguntas

No que concerne à função, Tracy e Robles (2009), destacam que perguntas possuem uma função importante, qual seja, busca por informação. Contudo, segundo as autoras, essa não é a única e nem a principal função desempenhada pela perguntas, tendo em vista que elas podem (a) fazer asserções; (b) realizar convites, pedidos, correções, reclamações e desafios; (c) fazer afiliações e desfiliações; (d) expressar autorização, hostilidade e deferência; (e) sustenta e atacar face; (f) e mais amplamente exercer controle e poder.

### 2.3.2.8 As *follow-up* questions

Em uma pesquisa realizada durante atendimentos primários, Heritage et al (2007) chamam a atenção para as *follow-up questions*, enquanto uma ferramenta importante para a manutenção da conversa.

De acordo com os autores, uma *follow-up question* pode ser entendida como uma pergunta complementar, que expande uma sequência, e que tem como objetivo capturar as queixas adicionais do paciente.

Heritage et al (2007) destacam, também, que a produção de uma *follow-up*, além de garantir o fluxo interacional da conversa, permite a construção de esclarecimentos e a elaboração de detalhes, no que diz respeito às queixas do paciente.

O estudo conclui que os pacientes apresentam, em média, três queixas por visita, quando têm a oportunidade de fazê-lo. Assim, a prática de *follow-up question* desempenha um papel fundamental, na medida em que possibilita que o médico se aprofunde em determinados tópicos que emergem ao longo do encontro.

### 2.3.2.9 Perguntas na literatura médica/psiquiátrica<sup>1</sup>

Assumindo que as entrevistas médicas cumprem um papel fundamental no dia a dia do fazer clínico (MISHLER, 1984), para realizá-las, o médico constrói uma grande variedade de perguntas, através das quais “é possível avaliar a fala do paciente, comentar o seu estado de saúde e sugerir as causas dos problemas, e os possíveis cursos de ação” (MISHLER, 1984, p.5, minha tradução).

Em seu estudo clássico, Mishler (1984) propõe uma unidade estrutural discursiva que demonstra ser típica e universal nos encontros em saúde. Tal unidade consiste em um conjunto de três elocuições: Pergunta do médico – Resposta do paciente – Avaliação do médico/Próxima pergunta. Em sinergia, Lavob e Fanshel (1977) sugerem que grande parte do que se fala na clínica terapêutica consiste em “pedidos” e “respostas a pedidos”. Ainda, segundo os autores, as entrevistas médicas são iniciadas como com uma questão, a qual denominaram “pedido de informação”. Em consonância com Mishler (1984) e Lavob e Fanshel (1977), Tracy e Robles (2009) apontam que a atividade que é realizada em hospitais emerge de uma tensão proveniente, de um lado, das queixas, dos pedidos e das descrições realizadas pelos pacientes e, de outro, dos resultados técnicos, psicológicos e biológicos, e testes químicos. Assim, as autoras concluem que o objetivo ostensivo das entrevistas médicas é capturar fatos sobre o paciente que não são facilmente obtidos através de meios tecnológicos. Tal como postulado por Deppermann e Spranz-Fogasy (2011) e Heritage e Clayman (2010), é através das perguntas realizadas pelo médico, que a tarefa institucional do encontro é realizada.

Outro trabalho que merece atenção é o Heritage e Robson (2006). Partindo da fase de apresentação, em atendimentos primários, os autores enfatizam a noção de que as regras da tomada de turno das interações no cenário médico são organizadas a partir das regras da tomada de turno da conversa cotidiana SSJ (1974). Ou seja, nesse sistema de troca de turnos, em princípio, após o respondedor produzir uma possível sentença completa em relação à pergunta, o perguntador passa a ter o direito ao piso conversacional.

Especificamente, na clínica psiquiátrica, perguntas são entendidas como o principal veículo de informação (TRACY e ROBLES, 2009). De acordo com Tracy e Robles (2009), o estereótipo do psiquiatra e do psicólogo é a imagem de um perguntador, em especial, no que

---

<sup>1</sup>Uma das grandes dificuldades enfrentadas para a concepção desse trabalho foi a escassez de referencial teórico no campo dos estudos interacionais no cenário psiquiátrico. Embora, tenhamos realizado uma vasta busca, não nos foi possível trabalhar um referencial teórico amplo.

diz respeito aos sentimentos. As autoras pontuam que, em comparação com as outras especialidades médicas, na clínica psiquiátrica, as perguntas realizadas pelos médicos são menos diretas (TRACY e ROBLES, 2009). Assim, são definidas como uma forma de capturar o discurso do paciente e não como uma forma de acessar os fatos (TRACY e ROBLES, 2009).

Outro aspecto relevante das perguntas no cenário psiquiátrico encontra-se no fato de elas serem orientadas para aspectos da vida de uma pessoa para qual uma ajuda externa é necessária. Normalmente, a interação entre médico e paciente acontece de forma voluntária e as perguntas que ali são formuladas são realizadas com o objeto de se aprofundar nos fenômenos mentais (TRACY e ROBLES, 2009).

Embora, desde uma perspectiva interacional, o cenário psiquiátrico ainda não disponha de uma vasta literatura, objetivamos aqui apresentar ao leitor os estudos e as ferramentas teórico-metodológicas que deram razão de ser à nossa análise. Nesse sentido, acreditamos estar contribuindo para outros estudos que tenham como centro de interesse o cenário psiquiátrico. No próximo capítulo, explorar-se-á o arcabouço metodológico utilizado para a concepção dessa dissertação.

## **2.4 A voz da medicina e a voz do cotidiano**

Em seu estudo clássico, Mishler (1984) propõe a relação médico-paciente a partir de dois conceitos<sup>2</sup> fundamentais. O primeiro diz respeito ao interesse técnico, à racionalidade instrumental. Trata-se, portanto, das regras abstratas, do saber científico, do vocabulário médico, das descrições objetivas, e o autor o denomina “voz da medicina”. O segundo refere-se à vida do paciente e está orientado por valores e considerações subjetivas. Com um vocabulário não técnico, abarca suas experiências pessoais e cotidianas. Situa-se, pois, no mundo vivido pelo paciente.

De acordo com o autor, essas duas vozes representem um explícito desequilíbrio de poder, com a primeira prevalecendo, sobre a segunda, em situações em que há alguma alteração do estado de saúde. Tal como destacado por Mishler (1984), tal fato demonstra o domínio do saber científico em relação às experiências pessoais, o que implica uma medicina reducionista.

---

<sup>2</sup> Não objetivamos aqui realizar uma discussão profunda entre as duas vozes.

### 3.METODOLOGIA E CONTEXTO DE PESQUISA

Neste capítulo, busca-se apresentar as perspectivas teórico-metodológicas que orientaram este trabalho, bem como os procedimentos metodológicos que nortearam o processo de geração e de análise dos dados. Far-se-á, também, uma descrição do contexto de pesquisa e do *corpus* utilizado, visto que ofereceram insumos para as reflexões travadas aqui.

#### 3.1 Os estudos aplicados da linguagem

A linha teórico-metodológica que embasa este trabalho encontra sua razão de ser nos trabalhos de Linguística Aplicada das Profissões (SARANGI, 2006) em uma perspectiva interacional de base interpretativista nos estudos qualitativos da linguagem. Sarangi (2006) atenta para as contribuições dos estudos linguísticos para a compreensão das práticas profissionais. Como destaca o autor, “o prefixo aplicado é a pedra angular de muitas disciplinas científicas e científico-sociais, com perspectivas e um conjunto de valores fundamentais<sup>3</sup>” (SARANGI, 2006, p.2).

Os estudos aplicados da linguagem, como o próprio nome sugere, não buscam ser investigações criadoras de teorias. Nesta vertente, os pesquisadores fazem uso das teorias preexistentes a fim de aplicá-las nos cenários investigativos nos quais estão inseridos. A respeito do conceito de linguística aplicada, Corder (1973 *apud* Sarangi 2006) destaca que este paradigma pode ser compreendido como:

“a aplicação do conhecimento linguístico em algum objeto – ou, linguística aplicada, como o próprio nome sugere – é uma atividade. Não é um estudo teórico. Ela faz uso das descobertas dos estudos teóricos. O linguista aplicado é um consumidor, ou um usuário, não um produtor de teorias” (CORDER, 1973 *apud* SARANGI, 2006, p.2).

Nessa perspectiva, consideramos este trabalho como pertencente aos estudos aplicados da linguagem, na medida em que ele busca fornecer subsídios elucidativos para o grupo profissional que o constitui (os residentes em psiquiatria) e, também, por apresentar-se como um estudo reflexivo sobre a prática médica no cenário psiquiátrico.

---

<sup>3</sup>No original: the prefix “applied” is the cornerstone of many scientific and social scientific disciplines, with a set of shared core values and perspectives.

### 3.2 A pesquisa qualitativa

DENZIN e LINCOLN (2006) explicitam que a pesquisa qualitativa, enquanto uma perspectiva metodológica, possui uma longa história que perpassa diversas áreas do conhecimento humano. Entre elas, a educação, a história, a medicina e as comunicações (DENZIN e LINCOLN, 2006).

O reconhecimento deste paradigma como uma ferramenta para o estudo da vida e dos grupos humanos deve-se, substancialmente, aos esforços realizados, no âmbito dos estudos sociais, pela escola de Chicago, nas décadas de 1920 e 1930. Os estudos qualitativos surgiram como uma forma de compreender o outro, isto é, um outro exótico, primitivo, não branco, pertencente a uma outra cultura considerada inferior àquela do pesquisador (VIDICH e LYMAN, 2000 apud DENZIN e LINCOLN, 2006). Assim, podemos definir a pesquisa qualitativa como:

“uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, incluindo as notas de campo, as entrevistas, as conversas, as fotografias, as gravações e os lembretes. Neste nível, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa, para o mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem” (DENZIN e LINCOLN, 2006, p.17).

Cabe-nos frisar que, no paradigma qualitativo, os indivíduos são compreendidos a partir de suas ações e das realidades sociais nas quais se inserem. Como elucidam Denzin e Lincoln (2006), o termo qualitativo:

“implica uma ênfase nas qualidades das entidades e nos processos e os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente (se é que são medidos de alguma forma) em termos de quantidade, volume, intensidade ou de frequência” (DENZIN e LINCOLN, 2006, p.23).

Outra característica dos estudos qualitativos reside no fato de esses trabalhos empregarem uma variedade de materiais empíricos. O pesquisador qualitativo faz uso de uma ampla quantidade de práticas interpretativas com a intenção de compreender melhor o meio no qual está inserido. A respeito disso, Denzin e Lincoln (2006) pontuam que entre essas ferramentas estão:

“estudo de caso; experiência pessoal; introspecção; história de vida; entrevista; artefatos; textos e produções culturais; textos observacionais, históricos, interativos e visuais – que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos” (DENZIN e LINCOLN, 2006, p.17).

Nessa direção, os autores comparam o pesquisador qualitativo com o *bricoleur* – um indivíduo que confecciona colchas, “um pau-para-toda-obra ou um profissional do faça-você-mesmo” (LÉVI-STRAUSS, 1966 apud DENZIN e LINCOLN, 2006, p 18). Na tentativa de compreender seu universo de trabalho, o “pesquisador qualitativo utiliza as ferramentas estéticas e materiais do seu ofício, empregando quaisquer estratégias, métodos ou materiais empíricos que estejam ao seu alcance” (BECEKER, 1998 apud DENZIN e LINCOLN, 2006, p.18). Portanto, o pesquisador qualitativo é um sujeito de múltiplos métodos e, sendo necessário, cabe a ele inventar ou reunir novas ferramentas ou técnicas a fim de dar visibilidade aos fenômenos do seu universo de pesquisa.

Acreditamos que trabalho alinha-se, sobretudo, a essa perspectiva metodológica uma vez que buscamos observar, de forma natural, as ações dos participantes, os residentes em psiquiatria e os pacientes, na realidade social em que elas são produzidas. Ademais, uma multiplicidade de métodos é empregada – notas de campo, observação não participante e entrevistas – a fim de interpretar, naturalisticamente, os fenômenos em termos dos significados que nossos participantes a eles conferem.

### **3.3 Os aspectos metodológicos em Análise da Conversa Etnometodológica**

#### **3.3.1 A Etnometodologia**

A Etnometodologia é uma corrente sociológica americana que surgiu em meados dos anos 1960. Inaugurada por Harold Garfinkel, em seu livro intitulado *Studies in ethnomethodology*. Em 1967, esta abordagem ganha, aos poucos, espaço no âmbito dos estudos sociais. A obra de Garfinkel forma-se basicamente por uma série de pesquisas coordenadas por ele, após seu doutorado. Os estudos dos etnométodos surgem como uma proposta de se repensar as questões conceituais do paradigma sociológico até então dominante, a saber, a teoria da ação social, cujas bases advêm da Sociologia norte-americana de TalcotParsons.

Fortemente influenciado pela Sociologia clássica de Weber, Pareto e Durkheim, Parsons propõe uma teoria geral da ação social. Nessa teoria:

“as motivações do atores sociais são integradas em modelos normativos que regulam as condutas e as apreciações recíprocas. Dessa forma, se explica a estabilidade da ordem

social e sua reprodução em cada encontro entre os indivíduos. Partilhamos valores que nos transcendem e conduzem. Temos a tendência, para evitar a angústia e castigos, a nos moldarmos às regras da vida comum” (COULON, 1995, p. 10, minha tradução).

Na visão parsoniana, os atores são governados por normas, isto é, esses estão submetidos a uma coerção externa que molda e determina suas ações. Nessa perspectiva, os valores sociais adquiridos no processo de socialização exercem uma força extrema na tomada de decisões dos atores a ponto de determinarem as suas ações.

O programa Etnometodológico, inaugurado por Garfinkel, buscou descrever, em oposição às ideias da Sociologia Estruturalista de Parsons, a racionalidade prática humana como uma forma de realização intersubjetiva das ações sociais. Nessa nova corrente sociológica, a realidade e a ordem social não são preexistentes, tendo em vista que “os traços da aparente estabilidade da organização social são continuamente criados” (POLLNER, 1974 *apud* COULON, 1995, p.31). Dessa forma, como destaca PINTO (2009), “a realidade social na Etnometodologia é descritível, inteligível, analisável e, sobretudo, relatável (*accountable*)” (PINTO, 2009, p. 87).

A proposta de se repensar os atores sociais como sujeitos dotados de agentividade expandiu-se, aos poucos, para várias áreas do conhecimento humano. Entre elas, a Linguística e a Antropologia. Hoje, tal proposta é difundida e revisitada em todo o mundo.

### **3.3.2 Análise da Conversa Etnometodológica: implicações metodológicas**

Nesta pesquisa, trabalha-se, fundamentalmente, com os princípios teórico-metodológicos da Análise da Conversa Etnometodológica – ACe – (HERITAGE, 1997; POMERANTZ e FEHR, 1997; SACKS, SCHEGLOFF e JEFFERSON, 2003 [1974]).

PSATHAS (1995) realça que “a perspectiva metodológica adotada pelos analistas da conversa pode ser caracterizada como uma abordagem analítica que busca descrever e analisar as ações sociais” (PSATHAS, 1995, p. 45). Da mesma forma, Heritage (1997) concebe a “Análise da Conversa como um campo investigativo cujo foco está profundamente ligado a questões de significado e de contexto na interação.” (HERITAGE, 1997, p.162)

Os estudos iniciais em Análise da Conversa tiveram como progenitor Harvey Sacks e, posteriormente, seus seguidores, Gail Jefferson e Emanuel Schegloff. Calcado nos pressupostos da Etnometodologia de Harold Garfinkel, em uma época em que o modelo estruturalista dominante não acreditava que a linguagem fosse organizada a ponto de ser descrita, Sacks potencializa as interações cotidianas como uma fonte rica para a compreensão

das relações sociais. Seus estudos seminais iniciaram-se na Universidade da Califórnia (UCLA), através de análises de trechos (gravados em áudio) de ligações recebidas por um centro de apoio a potenciais suicidas. A respeito de sua escolha metodológica, o autor destaca que:

“não foi por nenhum grande interesse na linguagem ou por alguma formulação teórica do que deveria ser estudado que iniciei a gravação de conversas em fitas, mas, simplesmente, porque eu podia botar minhas mãos nelas e estudá-las repetidamente e, também, consequentemente, porque os outros podiam olhar para o que eu tinha estudado e fazer com estes estudos o que quisessem, por exemplo, discordar” (SACKS, 1984, p.26).

Gago (2005) realça que a metodologia de análise adota por Sacks tornou-se um marco metodológico em ACe. Seguindo as idéias de Goffman (1961; 1963; 1967), cujas bases apontam a interação face a face como um *locus* privilegiado para investigação sociológica, Sacks formula o pensamento de que “há ordem em todos os pontos” da vida social (SACKS, 1984, p.22). Assim, o objetivo das investigações em Análise da Conversa centra-se nas “competências de falantes demonstradas ordinariamente em seus comportamentos, entendendo-se como competências estruturas organizadas de padrões de ação, presentes nos encontros sociais verbais” (GAGO, 2005, p.63).

Partindo do método ordinário adotado por Sacks, as interações naturalísticas constituem, para os analistas da conversa, um pressuposto fundamental para a realização dos trabalhos em ACe. A utilização de dados naturalísticos implica a não utilização de roteiros e ou questionários prévios, bem como de entrevistas preconcebidas. Os estudos em ACe voltam-se, assim, para a compreensão das situações do dia a dia. Tal seleção metodológica demonstra que, por parte do analista, há uma preocupação em não manipular os dados. A respeito disso, Heritage e Atkinson (1984) assinalam que:

“o objetivo central de pesquisas em Análise da Conversa é a descrição e a explicação das competências que os falantes comuns usam e de que se valem para participar de interações inteligíveis e socialmente organizadas. Em sua forma mais básica, esse objetivo é descrever os procedimentos por meio dos quais os participantes produzem seus próprios comportamentos e entendimentos e por meio dos quais lidam com o comportamento dos outros.” (HERITAGE e ATKINSON, 1984, p.1).

Embora o marco dos estudos em ACe seja a sequencialidade das ações fundamentada nas “possibilidades retrospectivas-prospectivas da situação presente, possibilidades modificadas a cada intercâmbio efetivo” (COULON, 1995, p. 66), o que nos leva a olhar para as unidades de construção de turnos (doravante UCTs), Pommerantz e Fehr (1997) destacam que a ACe, ao contrário do que muitos acreditam, sempre se interessou não apenas pelo

conteúdo linguístico, mas também pelas marcas paralinguísticas presentes nas interações. Segundo os autores:

“o nome “Análise da Conversa” ou, até mesmo, “fala-em-interação” podem, erroneamente, sugerir que apenas os aspectos verbais da interação (discurso) sejam interessantes. A Análise da Conversa desde o início interessou-se tanto pelas características linguísticas quanto pelas paralinguísticas do discurso” (POMERANTZ e FEHR, 1997, p.65)

Ancorados em Coulon (1995), concebemos os estudos qualitativos da linguagem em Análise Conversa Etnometodológica como a busca pela compreensão de “algo que existe no aqui-e- agora do desenrolar das ações concretas de pessoas, inseridas no mundo” (COULON, 1995, p.31). Em outras palavras, a busca pela compreensão do uso estratégico das sequências conversacionais como uma forma metodológica de entendimento mútuo (HUTCHBY; WOOFFITT, 1998).

### 3.3.3 A transcrição em Análise da Conversa Etnometodológica

Um pressuposto imprescindível para a realização de pesquisas em ACe consiste na transcrição dos dados. O processo incide, repetidamente, na atividade de escuta do material gerado. Nesta etapa do trabalho, o pesquisador busca, constantemente, transpor seus dados, mais especificamente neste trabalho, em formato oral para o formato escrito. Embora esta atividade pareça, inicialmente, uma empreitada simples, “nela uma série de procedimentos interpretativos e seletivos são empregados, fazendo que seja em si mesma uma atividade analítica plena” (GAGO, 2002, p.91). Por isso, como destaca GAGO (2002), “a escolha do método de transcrição deve ser feita em estreita relação com os parâmetros teóricos, objetivos e interesses específicos da área de pesquisa” (GAGO, 2002, p.91).

A ideia inicial para esta pesquisa era trabalhar com quatro entrevistas, duas de cada médico. Entretanto, realizamos um seminário, uma qualificação, para a qual convidamos a professora Diana de Souza Pinto<sup>4</sup>. Tomando como base o material apresentado e o nível deste trabalho (Mestrado), ela sugeriu que trabalhássemos com duas entrevistas, sendo uma de cada médico residente. Contudo, considerando o tempo empregado durante a coleta de dados e a realização do projeto, optamos por transcrever uma consulta do nosso *corpus*, por meio da qual apresentamos um estudo de caso.

---

<sup>4</sup> Professora associada II da Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

No que tange ao sistema gráfico empregado nas transcrições em ACe, Gago (2002) advoga a favor da utilização da grafia-padrão, tomando como parâmetro “a prática efetiva de escritores da atualidade” (GAGO, 2002, p.7). Contudo, para este trabalho, optamos por transcrever o texto tal como foi produzido pelos participantes, preservando, fielmente, o produto oral dos participantes, conservando suas inclinações linguísticas.

Por sua natureza teórico-metodológica, utilizamos, para a transcrição dos nossos dados, o modelo de transcrição desenvolvido por Gail Jefferson, cujos símbolos estão apresentados em Sacks, Schegloff e Jefferson (2003[1974]) e Atkinson e Heritage (1984) e, didaticamente, esquematizados na tabela abaixo.

**Tabela 2**

<b>Símbolo na transcrição</b>	<b>Significado</b>
[colchetes]	fala sobreposta.
(0.5)	pausa em décimos de segundo.
(.)	micropausa de menos de dois décimos de segundo.
=	contiguidade entre a fala de um mesmo falante ou de dois falantes distintos.
.	descida de entonação.
?	subida de entonação.
,	entonação contínua.
? ,	subida de entonação mais forte que a vírgula e menos forte que o ponto de interrogação.
:	alongamento de som.
-	auto – interrupção.
<u>sublinhado</u>	acento ou ênfase de volume.
<b>MAIÚSCULA</b>	ênfase acentuada.
<b>o</b>	fala mais baixa imediatamente após o sinal.
<b>o palavras o</b>	trecho falado mais baixo.
<b>Palavra:</b>	descida entoacional inflexionada.
<b>Palavra:</b>	subida entoacional inflexionada.
↑	subida acentuada na entonação, mais forte que os dois pontos sublinhados.
↓	descida acentuada na entonação, mais forte que os dois pontos precedidos de sublinhado.
>palavras<	fala comprimida ou acelerada.
<palavras>	desaceleração da fala.
<palavras	início acelerado.
hhh	aspirações audíveis.
(h)	aspirações durante a fala.
.hhh	inspiração audível.
(( ))	comentários do analista.
(palavras)	transcrição duvidosa.

( )	transcrição impossível.
th	estalar de língua.

### 3.4 As contribuições etnográficas para este trabalho

Forjada no berço da escola de Chicago, nas décadas de 1920 e 1930, no seio dos estudos antropológicos, a Etnografia fundamenta-se, basicamente, no estudo de uma cultura. Etimologicamente, a palavra etnografia surge a partir da junção de dois vocábulos gregos. Como assinala Erickson (1984), “Etnografia” literalmente significa “escrever sobre nações”. Grafia, do verbo grego *graphy*, significa escrever. Etno, do substantivo grego *ethnos*, significa nação, tribo ou povo (ERICKSON, 1984, p.2). O autor destaca que o *ethnos* é a unidade de estudo do etnógrafo. Ou seja, as investigações etnográficas tomam como base o estudo de uma nação, de um grupo ou de um povo, cujas relações sociais são reguladas por costumes. Cabe, ainda, destacar que os estudos etnográficos preocupam-se, basicamente, com a compreensão do significado que os eventos e as ações assumem para as pessoas ou para os grupos estudados. Assim, a Etnografia trata da observação das ações humanas e sua interpretação, partindo da visão pessoal dos participantes, isto é, o pesquisador etnográfico adota uma perspectiva *ênica* (parte de dentro). Para tanto, como destaca Erickson (1989), a fim de apreender os significados construídos pelo grupo, o etnógrafo deve aproximar-se ao máximo dos participantes, criando um contato direto e prolongado com o campo pesquisado.

Para a realização dessa dissertação, embora dispuséssemos de tecnologia avançada para a geração dos dados em formato de vídeo, a saber, câmera tripé de alta resolução, optou-se por gerar nossas consultas em formato de áudio.

A não utilização do vídeo como recurso metodológico justificou-se, pois, (i) críamos que os pacientes se sentiriam intimidados com a presença da câmera e (ii) os médicos que participaram deste estudo explicitaram que não se sentiram à vontade com a utilização desse recurso. Por isso, geramos nossos dados em formato de áudio, através de um gravador digital.

Acreditamos que a escuta exaustiva dos dados possibilita uma análise microanalítica das ações co-construídas pelos interagentes das interações, com o propósito de compreender a ecologia local (ERICKSON, 1992).

Frente ao exposto, embora este trabalho não seja uma pesquisa etnográfica em si, acreditamos que esse método tenha servido de inspiração para a concepção desta dissertação, tendo em vista que as ferramentas etnográficas constituem um importante recurso metodológico, na medida em que, nas pesquisas realizadas, em especial no âmbito da

linguagem, objetiva-se, com o emprego de tais ferramentas, subsidiar e enriquecer a análise dos dados. Entre elas, encontram-se as notas de campo – cujos dados subsidiaram a transcrição - e a observação não participante. Ambas utilizadas neste trabalho.

No que diz respeito ao método de pesquisa, optamos por realizar um estudo de caso, pois aprofundamos nossas investigações em uma unidade individual - uma médica residente.

De acordo com Miles e Huberman (1994), o estudo de caso consiste em uma “unidade de análise, que pode ser um indivíduo, o papel desempenhado por um indivíduo ou uma organização, um pequeno grupo, uma comunidade ou até mesmo uma nação. Todos esses tipos de caso são unidades sociais” (MILES e HUBERMAN, 1994, p. 25 *apud* SANTANNA, 2011). Nessa direção, nossa investigação tem como objetivo olhar para as práticas desenvolvidas por uma médica e as implicações envolvidas na utilização dessas práticas.

Por fim, acreditamos que nossa análise poderá fornecer bases teóricas para o desenvolvimento das conclusões e, também, para a colaboração de uma teoria *a posteriori*.

### **3.5 O Centro de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (CAPS HU/UFJF): nosso lócus de pesquisa e a entrada no campo.**

Como já mencionado, esta pesquisa teve como lócus de investigação um ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, cujas atividades são levadas a cabo dentro de Centro de Atenção Psicossocial (doravante CAPS), também vinculado ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Cabe ressaltar que para a nossa entrada em campo, foi necessário elaborar um projeto de pesquisa, o que implicou aplicação de grande parte de nosso tempo para a realização dessa pesquisa – cerca de oito meses.

Após a elaboração<sup>5</sup> do projeto e, sua posterior submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - CEP/UFJF -, nós aguardamos o parecer da comissão avaliadora. Antes de recebê-la, contudo, foram necessárias duas modificações no texto do termo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Após a realização das modificações solicitadas pelo órgão competente e a posterior submissão do novo documento, recebemos o parecer<sup>6</sup> de aprovação<sup>7</sup>. Pudemos, então, iniciar a geração dos nossos dados.

<sup>5</sup> As declarações de infraestrutura e o TCLE desse trabalho estão disponíveis nos itens XII, XIII e XIV, nos anexos.

<sup>6</sup> O parecer de aprovação do projeto está disponível no item XV, nos anexos.

<sup>7</sup> Número de aprovação do projeto: 650.617.

Nossa primeira visita com o projeto aprovado ocorreu no dia primeiro de julho de 2014. Nessa data, com termo de consentimento livre e esclarecido em mãos, abordei meu primeiro participante. Uma mulher, acompanhada do marido. Embora, em um primeiro momento, ela tenha autorizado a gravação do encontro, ao ser chamada pelo médico, optou por não participar da pesquisa. Assim, a primeira consulta que compõe o nosso *corpus* foi gravada no dia seguinte – 02 de julho de 2014.

### **3.5.1 Descrição do contexto de pesquisa: a rotina de trabalho e a estrutura física**

O CAPS/HU da Universidade Federal de Juiz de Fora está localizado na Rua Melo Franco, número 11, no bairro São Mateus, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. A instituição é uma referência local no acompanhamento de pacientes psiquiátricos. Situada em uma área residencial urbana, suas atividades ocorrem em uma casa (imagem1), cuja aparência, de forma nenhuma, faz referência aos hospitais tradicionais ou outras instituições afins. Seu horário de funcionamento é das 8h às 17h, de segunda a sexta-feira. Com dois andares, o local conta, ainda, com uma varanda, além de um amplo espaço, nos fundos, com jardins e uma área coberta.

**Imagem 1 – Casa que abriga o Centro**



### **3.5.1.2 A equipe CAPS/HU-UFJF**

O centro é formado por uma equipe multidisciplinar. Além dos médicos residentes, os pacientes recebem apoio de uma psicóloga, de assistentes sociais, de enfermeiros e de técnicos em enfermagem. Ademais, aqueles que frequentam, diariamente, o CAPS/HU-UFJF recebem, também, gratuitamente, café da manhã, almoço e café da tarde para sua permanência nas atividades oferecidas pela instituição.

Em meu período de atividade no centro, um total de quatro meses contínuos, houve algumas atividades recreativas que, por incompatibilidade de horário, não tive condição de participar. Entre elas, destaco as oficinas de criação oferecidas pelo centro, a saber, oficinas de bordado e pintura. Houve, ainda, uma ida ao Museu de Arte Moderna da Universidade Federal de Juiz de Fora e uma visita a um CAPS/UERJ, localizado na cidade do Rio de Janeiro.

### **3.5.1.3 O percurso do paciente**

Os atendimentos oferecidos pelo centro dedicam-se, exclusivamente, a pacientes provenientes do Sistema Único de Saúdes (SUS) que são moradores de cinco bairros vizinhos à universidade. Até a chegada ao centro, os pacientes percorrem uma trajetória que se inicia nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros que residem (doravante UBS). É a partir deste atendimento primário que o médico da unidade solicita ao centro uma avaliação psiquiátrica. Uma vez encaminhados, os pacientes recebem a data do agendamento na própria unidade e são, assim, posteriormente, em data e horário marcados, recebidos e avaliados pelo médico do ambulatório psiquiátrico do HU-UFJF. Cabe destacar que, por serem encaminhados, muitas vezes, estes pacientes chegam ao centro com hipóteses diagnósticas já realizadas e, por vezes, medicalizados.

Após o primeiro contato - a primeira entrevista psiquiátrica - existem dois possíveis desfechos: (i) o médico, reconhecendo a necessidade de acompanhamento, remarca um novo encontro e passa a acompanhar o paciente; (ii) o médico, considerando que não há necessidade acompanhamento, reencaminha o paciente para a unidade básica de saúde de seu bairro para que ele possa realizar o acompanhamento com o médico que havia solicitado a avaliação.

Ao chegarem para os atendimentos, como já mencionado, previamente agendado, os pacientes têm acesso à recepção passando por um portão menor (imagem 2) que permite o acesso direto a uma escada e à recepção.

**Imagem 2 – Portão menor de acesso ao Centro**



Outra forma de acesso é por um portão (imagem 3) que, embora esteja ao lado do menor, não permite o acesso direto à recepção, conduzindo o paciente a um trajeto um pouco mais longo a fim de chegar à recepção.

**Imagem 3 – Portão maior de acesso ao Centro**



Ao se dirigem à recepção (imagem 4), os pacientes são submetidos a duas ações prévias para a realização do atendimento. A primeira diz respeito ao paciente que já fez acompanhamento na instituição. Ele apresenta um cartão de controle<sup>8</sup> de atendimento, a secretária confirma sua presença e, em seguida, pede que ele assine uma folha<sup>9</sup> de comparecimento. Após esse momento, o paciente é orientado a aguardar o médico responsável pelo atendimento.

Outra forma de procedimento diz respeito ao paciente que não é acompanhado pelo centro, isto é, aquele que chega pela primeira vez – participantes recrutados para esta pesquisa. Nessa situação, ele entrega na recepção o encaminhamento realizado pelo posto. A secretária preenche uma ficha com os seus dados pessoais e, posteriormente, solicita que ele assine uma lista de presença. Em seguida, ele é orientado a esperar o médico responsável pelo atendimento.

No que diz respeito mais especificamente ao encontro, cabe ressaltar que, em média, cada médico dispõe de uma hora para a realização das entrevistas psiquiátricas e que elas aconteciam em quatro dias na semana exceto às quintas-feiras – às 13h. A “primeira consulta” – termo utilizado pelos profissionais no Centro – acontecia às 13h. Com exceção das quartas-feiras, – às 14h.

É importante destacar que o centro oferece uma tolerância de atraso de até quinze

---

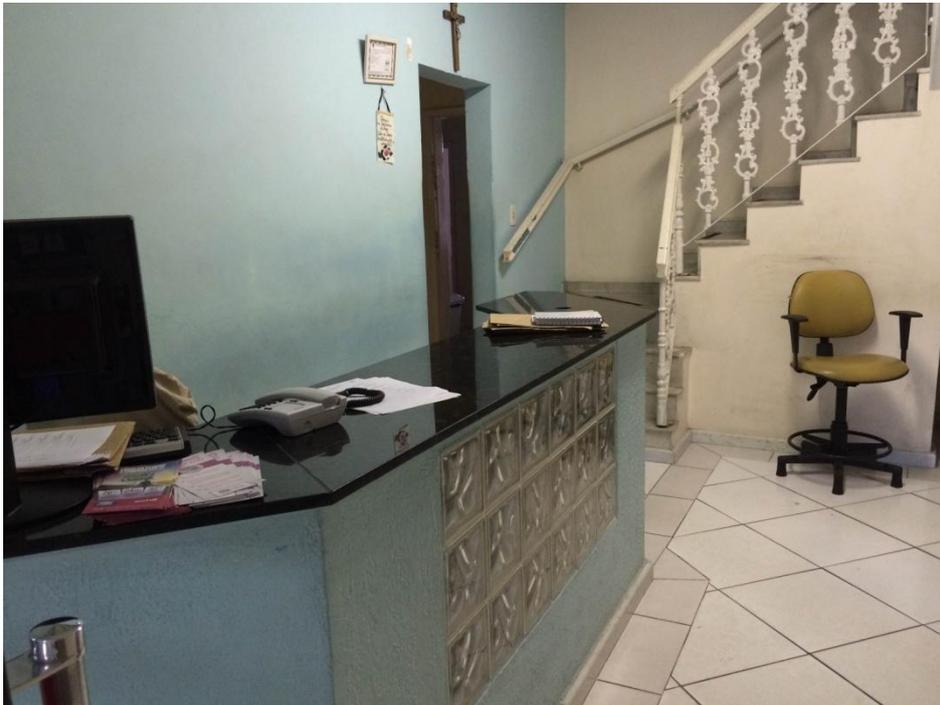
<sup>8</sup>Vide anexo I na seção de anexos.

<sup>9</sup>Vide anexo II na seção de anexos.

minutos para cada consulta. Após o limite estabelecido, não é possível a realização do encontro, tendo em vista a agenda médica –os outros atendimentos que deverão ser realizados ainda naquele dia. Entretanto, quando o paciente perde sua primeira consulta, ele tem a possibilidade de remarcar-la, visto que o CAPS/HU-UFJF oferece uma nova data e um novo horário. A remarcação pode acontecer por duas vezes. O não comparecimento aos reagendamentos implica o reencaminhamento para a Unidade Básica de Saúde (UBS). A partir de então, o paciente é submetido a uma nova disponibilidade da agenda do Centro.

Outro dado importante para este trabalho é o número de atendimentos realizados semanalmente. Cada médico realiza apenas um primeiro atendimento diário – quatro vezes na semana. Em média, são dezesseis entrevistas psiquiátricas mensais. Assim, nos dias em que os pacientes se dispuseram a participar, foi possível gravar apenas um encontro diário.

#### **Imagem 4 – Recepção do Centro**



#### **3.5.1.4 A estrutura física**

O Centro dispõe de um portão de livre acesso (não recebe nenhuma forma de trinco, no período de atendimento) e, posteriormente, duas formas de entrada: uma rampa de acesso e, também, uma escada não muito longa. Como já mencionado, o ambiente remete-nos a uma casa. Há nela dois andares que podem ser livremente acessados através de uma escada situada na recepção.

Como pode ser observado na imagem, o centro dispõe de uma recepção simples com um balcão e um computador. Este ambiente permite o acesso a outras áreas da instituição – como o segundo andar e a sala de espera do primeiro andar.

**Imagem 5 – sala de espera do primeiro andar**



**Imagem 6 – Cozinha do Centro**



No primeiro andar, encontram-se duas salas de atendimento, uma enfermaria, uma sala de atendimento social, um banheiro e a cozinha. Há, ainda, uma sala de espera na qual os pacientes contam com a presença de revistas e, também, de uma televisão. Há, nesse espaço,

aproximadamente sete assentos para que os pacientes aguardem o horário da consulta. Na parte superior, (imagem 7), há três consultórios, um banheiro, uma sala destinada à direção do centro e uma pequena sala de espera.

Além dos dois andares, a instituição possui uma varanda nos fundos (imagem8). Nela, existe uma grande mesa com cadeiras e um espaço de biblioteca – onde, também, ocorrem atendimentos. Ademais, o Centro conta com um jardim (imagem 9) e uma área coberta onde são realizadas diversas atividades recreativas.

**Imagem 7 – Sala de espera do segundo andar**



**Imagem 8 – Varanda nos fundos do centro**



**Imagem 9 – Jardim nos fundos do centro**



### 3.6 A geração e a análise dos dados

Antes de discorrermos sobre o nosso processo de geração dos dados no CAPS/HU-UFJF, cabe-nos destacar que, nessa dissertação, pela sua natureza qualitativa/ interpretativa, o termo *coleta de dados* foi substituído por *geração de dados*, tendo em vista que a neutralidade do pesquisador durante sua *coleta* é contestada (MANSON, 1998 *apud* PINTO, 2009). Acredita-se, assim como BULLA, GARCEZ e LODER (2014), que o objeto de estudo da Análise da Conversa Etnometodológica, a vida social, é em si mesma efêmera e, por isso, não é passível de ser captada integralmente por nenhum método de gravação, tais como aparelhos, sejam eles apenas orais e ou audiovisuais. Portanto, nossos trabalhos são construídos a partir de registros que geramos. Nessa concepção, o pesquisador é responsável por aquilo que gera, desde a própria escolha dos equipamentos empregados, bem como a disposição dos mesmos no campo de pesquisa, tendo em vista que tais escolhas influenciam na qualidade dos dados. Além disso, cabe a ele realizar as transcrições de modo a tornar possível a captação dos fenômenos existentes na interação. Assim, o produto final que disponibilizamos para os nossos leitores é um produto das transformações realizadas pelo próprio pesquisador, sendo, portanto, diretamente influenciada por suas escolhas metodológicas.

O trabalho de campo desse estudo foi realizado durante um período de seis meses—de julho de 2014 a janeiro de 2015. No decorrer desse processo, destaca-se uma interrupção nas atividades, no início do mês de outubro e sua posterior retomada em meados do mês de dezembro, perfazendo um total de tempo contínuo de quatro meses.

Nesse período de geração dos dados, foram gravadas, em formato de áudio, um total de vinte e nove consultas de primeira vez – entrevistas psiquiátricas – com um residente e uma residente em psiquiatria, médicos R1 (doravante R1) da Universidade Federal de Juiz de Fora. Na época em que entramos em campo, havia três médicos (R1) no CAPS/HU-UFJF. Dois do sexo feminino e um do sexo masculino. Dos três médicos, dois, voluntariamente, aceitaram participar dessa pesquisa: um do sexo masculino e uma do sexo feminino. A terceira recusou-se. Segundo ela, sua agenda de atendimentos estava sobrecarregada e, por isso, os atendimentos estavam acontecendo de forma rápida. Discorrerei sobre os dois médicos que participaram dessa pesquisa, buscando situá-los no que diz respeito à sua formação e à sua experiência profissional.

No quadro abaixo, apresentamos uma visão panorâmica do nosso *corpus*.

**Tabela 1**

<b>CP</b>	<b>DATA</b>	<b>SEXO DO PACIENTE</b>	<b>SEXO DO MÉDICO</b>	<b>DURAÇÃO</b>
<b>01</b>	<b>02/07/2014</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>37:33</b>
<b>02</b>	<b>07/07/2014</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>40:15</b>
<b>03</b>	<b>09/07/2014</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>31:12</b>
<b>04</b>	<b>11/07/2014</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>28:19</b>
<b>05</b>	<b>25/07/2014</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>55:32</b>
<b>06</b>	<b>28/07/2014</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>38:02</b>
<b>07</b>	<b>29/07/2014</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>44:17</b>
<b>08</b>	<b>30/07/2014</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>42:48</b>
<b>09</b>	<b>01/08/2014</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>54:01</b>
<b>10</b>	<b>04/08/2014</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>34:25</b>
<b>11</b>	<b>12/08/2014</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>56:04</b>
<b>12</b>	<b>13/08/2014</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>38:39</b>
<b>13</b>	<b>15/08/2014</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>22:24</b>
<b>14</b>	<b>19/08/2014</b>	<b>F</b>	<b>F</b>	<b>51:49</b>
<b>15</b>	<b>25/08/2014</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>45:52</b>
<b>16</b>	<b>02/09/2014</b>	<b>F</b>	<b>F</b>	<b>49:25</b>
<b>17</b>	<b>05/09/2014</b>	<b>F</b>	<b>F</b>	<b>42:41</b>
<b>18</b>	<b>10/09/2014</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>45:13</b>
<b>19</b>	<b>12/09/2014</b>	<b>F</b>	<b>F</b>	<b>35:29</b>
<b>20</b>	<b>15/09/2014</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>34:29</b>
<b>21</b>	<b>22/09/2014</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>35:02</b>
<b>22</b>	<b>26/09/2014</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>38:09</b>
<b>23</b>	<b>29/09/2014</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>41:50</b>
<b>24</b>	<b>30/09/2014</b>	<b>F</b>	<b>F</b>	<b>52:35</b>
<b>25</b>	<b>02/10/2014</b>	<b>F</b>	<b>F</b>	<b>1:15:21</b>
<b>26</b>	<b>06/10/2014</b>	<b>F</b>	<b>F</b>	<b>59:27</b>
<b>27</b>	<b>07/10/2014</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>1:16:13</b>

28	08/10/2014	M	R1	42:50
29	10/10/2014	F	R1	51:59

### 3.7 As notas de campo

Em contraposição às pesquisas de cunho experimental e àquelas de laboratórios, buscamos, aqui, estudar as ações sociais. Para tanto, utilizamos interações reais de fala-em-interação.

Nossos dados apresentam um *corpus* composto por vinte e nove consultas psiquiátricas de primeira vez – entrevistas psiquiátricas. Como já mencionado, além das gravações em áudio, utilizamos, também, outras ferramentas metodológicas de base etnográfica. Entre elas, as notas de campo<sup>10</sup>, a observação dos participantes, um roteiro<sup>11</sup> por meio qual buscamos conhecer a formação dos médicos, sujeitos dessa pesquisa, e um roteiro pós-consulta.

Buscamos, com essas ferramentas, tornar visíveis ações que, somente com o auxílio gravador, não seria impossível perceber. Como, por exemplo, os movimentos corporais, as entregas de exames e de receituário, bem como o posicionamento dos participantes – o que nos permitiu realizar a descrição do contexto pesquisado, compreendendo a rotina de trabalho e o sistema de funcionamento.

Todas as consultas que compõem esse *corpus* possuem notas de campo que foram realizadas em um caderno de campo. Nele, constam a data, o dia, nome e idade do paciente, bem com o médico responsável pelo atendimento, além, obviamente, das informações pertinentes à interação.

### 3.8 As identidades dos participantes

A fim de preservar as identidades dos participantes, optamos por utilizar as categorias sociais dos interagentes, ou seja, *médico* e *paciente*. Tal escolha encontra sua razão de ser em dois argumentos: (i) combinamos com os médicos que assim o faríamos e (ii) o fato de que importantes pesquisadores que trabalham nessa linha de interface entre linguagem e medicina

<sup>10</sup>As notas de campo das entrevistas psiquiátricas utilizadas para a realização deste trabalho encontra-se nos item III na seção de anexo dessa dissertação.

<sup>11</sup> Os roteiros sobre a formação dos médicos e o roteiro pós-consulta encontra disponível no item IV e V, nos anexo.

(PINTO, RIBEIRO E DANTAS, 2005; RIBEIRO, 1994; RIBEIRO & PINTO, 2006) também utilizam as identidades institucionais dos participantes do evento.

A respeito dessa escolha, GARCEZ (2002) destaca que:

“não me parece desejável utilizar categorias de identidade social para a identificação dos participantes, pois, segundo Schegloff, Firth, Wagner e outros analistas da conversa, me parece que essas identificações serão equivocadas na maior parte do tempo, não apenas por nos cegarem para outras possibilidades, mas também porque as identidades relevantes são muitas vezes simultaneamente múltiplas, às vezes deliberadamente ambíguas em sua simultaneidade, além de cambiantes no fluxo da interação, o que torna difícil acreditar que uma única identificação possa ser correta em qualquer extensão de transcrição.” (GARCEZ, 2002, p. 91-92)

De acordo com o autor, em pesquisas em Análise da Conversa Etnometodológica, nas quais identidades institucionais estão envolvidas, tais categorias não deveriam ser utilizadas para a identificação dos participantes. Segundo ele, tais categorias podem cegar o pesquisador para outras identidades potencialmente emergentes. Contudo, como destaca PINTO (2009), embora outras categorias de identidade possam surgir no decorrer da interação, na Delegacia da mulher, lócus de investigação da autora, são as identidades de suspeito, inspetor e vítima que são sustentadas.

Nessa direção, acredita-se que, mais especificamente nesse trabalho, são as de médico e de paciente que *são sustentadas*, essencialmente, a partir das falas desses atores nas atividades institucionais nas quais estão envolvidos – as entrevistas psiquiátricas.

Cabe, ainda, destacar que, como o objetivo de preservar a identidade dos participantes, bem como qualquer forma que pudesse identificá-los, substituiu-se, nos momentos em que ocorreram, todos os nomes de lugares e os de instituições. Da mesma forma, as evocações por meio de nomes próprios e de autoidentificação da médica foi substituída por nome fictício: “boa tarde, meu nome é *katia*” (CPI2, 2014).

### 3.9 Os médicos residentes

Embora, nesse trabalho, utilizemos apenas uma consulta realizada pela médica, acreditou-se necessário, apresentar tanto o residente quanto a residente para que o nosso leitor pudesse ter uma visão mais ampla do nosso *corpus*.

Trabalhamos com um residente e uma residente de nível 1 – R1. Ambos provenientes da Universidade Federal de Juiz de Fora. Os dados que seguem foram obtidos através de um

roteiro<sup>12</sup> que elaboramos com o objetivo de conhecer a experiência profissional, o processo de formação e a idade dos médicos. Pedimos, ainda, que situassem sua prática dentro do campo psiquiátrico. Aplicamos tal instrumento após a primeira consulta que gravamos com cada um deles. Assim, as informações, como idade e experiência profissional, referem-se ao período em que entramos em campo – julho de 2014.

O médico (31 anos) que participou dessa pesquisa estava há quatro meses no CAPS/HU-UFJF. Na ocasião, este era seu único local de trabalho. Durante as perguntas, ele destacou o interesse em psicanálise e disse que, antes de completar sua formação psiquiátrica, gostaria de ampliar seus conhecimentos em terapia cognitivo-comportamental. O médico manifestou, também, o desejo de cursar uma pós-graduação em psicanálise. Segundo ele, sua prática clínica psiquiátrica tem bases psicanalíticas.

A médica (32 anos) estava, também, em seu quarto mês de residência CAPS/HU-UFJF. Na ocasião, assim como o outro residente, este também era seu único local de trabalho. Na entrevista, ela frisou seus interesses pelos estudos psicanalíticos e expressou seu desejo de cursar uma pós-graduação em psiquiatria. Ela mencionou ainda que, antes da residência, realizava atendimentos em clínica geral e a ideia de realizar uma residência em psiquiatria surgiu devido à insatisfação do exercício clínico.

### **3.10 A supervisão da residência**

Tendo em vista que uma R1 optou por não participar desta pesquisa, não foi possível que eu acompanhasse as supervisões orientadas pelo atual professor e coordenador da residência médica.

Os encontros aconteciam às quintas-feiras durante a tarde. Segundo o coordenador, o objetivo dessa reunião era fazer os residentes compartilharem os casos que atenderam durante a semana e colocar em xeque dúvidas, fomentando a discussão dos casos, não só com ele, mas também com os outros residentes. Dessa forma, a supervisão semanal é uma oportunidade para que eles compartilhem experiências e levem possíveis questionamentos que surgiram durante os atendimentos da semana.

### **3.11 O recorte dos dados**

Optamos por recortar nossos dados pelos tópicos que identificamos, durante a fase de tomada do histórico.

---

<sup>12</sup> O roteiro foi elaborado por mim e pelo orientador deste trabalho. Vide seção de anexo.

Assim, no fragmento abaixo, a médica explora o tópicodepressão

→	189 190 191	Médica	chegou a ter episó:dios na vida de tristeza muito inte::nsa de não querer fazer as co::isas?
	192	Paciente	não.

## **4. A ANATOMIA DA INTERAÇÃO: UMA PROPOSTA DE FASES PARA AS ENTREVISTAS PSIQUIÁTRICAS CAPSHU/UFJF**

A proposta deste capítulo é mapear as fases de uma entrevista psiquiátrica, sob uma perspectiva interacional. Para tanto, visitamos dois manuais tradicionais de psiquiatria. Com eles, objetivamos confrontar a visão global do encontro apresentada pela literatura especializada e, também, propor uma anatomia da interação, empregando como suporte as ferramentas teórico-metodológicas da Análise da Conversa Etnometodológica. Far-se-á, ainda, uma revisão introdutória da literatura dos mapeamentos das fases realizados nos seios dos estudos interacionais.

### **4.1 Encontros institucionais: a anatomia da interação**

Como aponta Ten Have (2006), nas últimas décadas, os estudos em Análise da Conversa “descobriram e formularam uma série de formatos mais (ou menos) genéricos através dos quais, os membros da sociedade puderam organizar suas interações” (TEN HAVE, 2006, p.85). Segundo o autor, tais formatos se caracterizam por “um caráter de estruturas sequenciais” (TEN HAVE, 2006, p. 85).

Nesse mesmo sentido, em um de seus textos clássicos, Drew e Heritage (1992) apontam, entre outros fatores, um que nos permite distinguir as interações cotidianas das institucionais, alcunhado como “*the overall structural organization*”.

Em consonância com Ten Have (2006) e Heritage (1992), Heritage e Maynard (2006) destacam que as interações institucionais possuem formatos específicos que são construídos a partir de fases - sequências fundamentais que “permitem enxergar como os participantes se orientam em termos de produção e de análise das ações do outro” (HERITAGE e MAYNARD, 2006, p.9).

Assim como Heritage e Maynard (2006), acreditamos que a descrição das fases das interações é importante, pois possibilita a compreensão do encontro, sinalizando as orientações dos participantes tanto em termos de produção quanto em termos de análise das ações do outro.

#### 4.1.2 Os estudos interacionais: o cenário nacional e internacional

As pesquisas atuais, no âmbito dos estudos da Análise da Conversa em contextos institucionais, contemplam os mais diversos cenários de produção de interação social. Entre eles, destacam-se, o jurídico, o médico e o educacional. No cenário clínico, segundo Heritage e Maynard (2006), os atendimentos médicos primários possuem uma forma extremamente rígida, no que tange à estrutura do encontro. Na tabela abaixo, esquematizamos, didaticamente, as fases propostas por esses dois autores.

**Tabela 1**

<b>1° fase</b>	<b>Abertura.</b>
<b>2° fase</b>	<b>Apresentação do problema.</b>
<b>3° fase</b>	<b>Tomada do histórico e exame físico.</b>
<b>4° fase</b>	<b>Diagnóstico.</b>
<b>5° fase</b>	<b>Recomendação do tratamento.</b>
<b>6° fase</b>	<b>Encerramento.</b>

(HERITAGE e MAYNARD, 2006 p.8)

Como é possível observar, os autores propõem que esses atendimentos ocorrem, a partir de seis fases. A primeira - a abertura. E a última - o encerramento.

Cabe, também, destacar que Heritage e Maynard chamam a atenção para o fato de essa estrutura ser ensinada como uma forma de atendimento padrão, nas faculdades de medicina, ao redor do mundo.

Dentro dessa mesma proposta de descrição, Ten Have (2006) pontua que a maioria das consultas médicas parece ser constituída a partir de uma estrutura global estereotipada. Na tabela abaixo, apresentamos a proposta desse segundo autor.

**Tabela 2**

<b>1° fase</b>	<b>Atividades preliminares (saudação)</b>
<b>2° fase</b>	<b>Motivo da consulta</b>
<b>3° fase</b>	<b>Exame verbal/físico (ou ambos)</b>
<b>4° fase</b>	<b>Diagnóstico.</b>
<b>5° fase</b>	<b>Recomendação do tratamento/ exames complementares / encaminhamento</b>

Como é possível observar, a proposta de Ten Have (2006) sugere que as consultas médicas são, estereotipadamente, construídas a partir de cinco fases. Para o autor, essas interações contemplam, inicialmente, a saudação e são encerradas com a “recomendação do tratamento, solicitação de exames complementares ou encaminhamento do paciente para um especialista”.

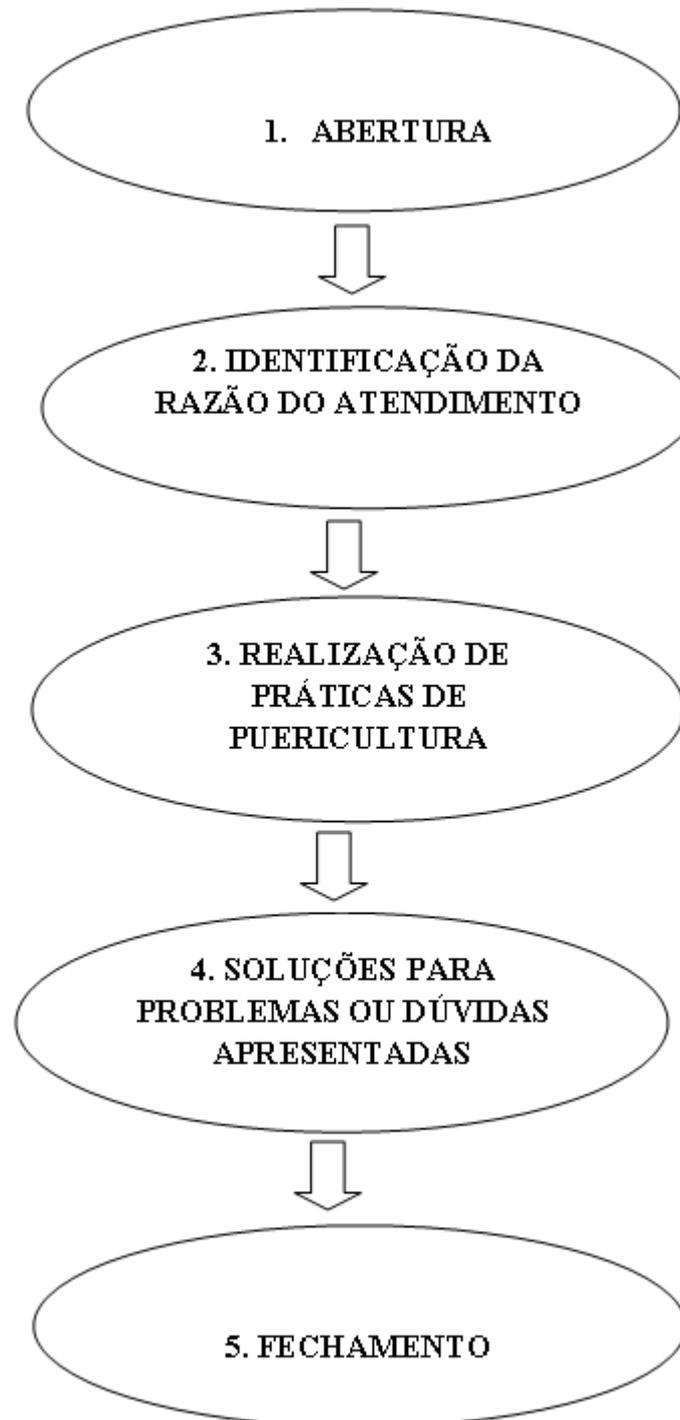
Em contraste com cinco fases apresentadas por Ten Have (2006), Heritage e Maynard (2006) propõem um estudo baseado seis fases. Em seu mapeamento, o autor identificou uma fase denominada “tomada do histórico e exame físico” - sucedida pela fase de “Diagnóstico”. Essa fase parece, também, estar presente em Ten Have (2006), ocorrendo antes da fase “Diagnóstico”. Entretanto, como uma nomenclatura diferente, isto é, denominada como “Exame verbal/físico (ou ambos)”.

Outra observação pertinente a esses dois estudos está no fato de em Ten Have (2006), o encontro ser finalizado com a fase de “recomendação do tratamento, solicitação de exames complementares ou encaminhamento do paciente para um especialista”. Em Heritage e Maynard (2006), após a recomendação do tratamento, observamos uma fase posterior - o “encerramento”.

No cenário nacional, as pesquisas atuais em ACE, nos estudos de interface entre linguagem e saúde, os estudiosos têm desenvolvido investigações nas clínicas pediátrica, psiquiátrica, ginecológica e, também, em consultas sobre o aconselhamento genético.

No que diz respeito ao estudo da estruturas desses encontros, destacamos o trabalho de Seger (2007). Em sua dissertação de mestrado, a autora propõe a “forma-padrão” dos atendimentos pediátricos, em postos de saúde públicos, na cidade de Rios Claros - interior do Rio Grande do Sul.

O esquema abaixo foi retirado integralmente do trabalho em questão e representa a forma como estão estruturadas as interações analisadas pela pesquisadora.

**Figura 1****Figura 7** - Estrutura dos atendimentos pediátricos estudados (SEGER, 2007, p.89)

A partir da figura 1, é possível concluir que os atendimentos pediátricos estudados apresentaram, estruturalmente, cinco fases. Assim como proposto por Heritage (2013), a primeira e a última são, respectivamente, a “abertura” e o “encerramento/fechamento”.

## 4.2 A Literatura especializada: o que dizem os manuais?

Como proposto no início desse capítulo, discorreremos, nessa subseção, sobre a proposta apresentada por dois manuais clássicos reconhecidos em todo o mundo.

O primeiro trata-se de um estudo pioneiro no cenário psiquiátrico moderno, denominado “a entrevista psiquiátrica”, cujas ideias foram reunidas e organizadas a partir de conferências realizadas por Harry Stack Sullivan entre 1944 e 1945.

O segundo, intitulado “Tratado de Psiquiatria Clínica”, é um renomado manual utilizado por profissionais do campo da saúde mental e está atualmente em sua quinta edição. A obra reúne quarenta e quatro capítulos de renomados estudiosos no seio da psiquiatria e foi organizada por Hales, Yudofsky e Gabbard.

### 4.2.1 Manual 1 – “A Entrevista Psiquiátrica”

De acordo com Sullivan (1971), a entrevista psiquiátrica consiste em “quatro etapas” (SULLIVAN, 1971, p. 60).

**Tabela 3**

<b>1° fase</b>	<b>Abertura formal - recepção</b>
<b>2° fase</b>	<b>Reconhecimento</b>
<b>3° fase</b>	<b>Investigação / interrogatório detalhado</b>
<b>4° fase</b>	<b>Encerramento</b>

Seguindo o primeiro manual apresentado aqui, a primeira etapa, abertura formal, inclui, além de uma recepção formal por parte do psiquiatra, um interrogatório sobre as circunstâncias da visita.

A segunda etapa - “o reconhecimento” – tem o objetivo de obter informações relacionadas à história social ou pessoal do paciente. Nesse momento, busca compreender

quem é aquele o paciente que estão em seu consultório (SULLIVAN, 1971). Para isso, o médico formula uma série de questões que abordam, entre outros tópicos, a idade e a data de casamento do paciente.

A terceira (e penúltima fase), Investigação / interrogatório detalhado, encontra sua razão de ser no fato de o médico realizar uma investigação mais detalhada do histórico do paciente.

A quarta – o encerramento – consiste no encerramento da entrevista.

#### 4.2.2 Manual 2 – “O Tratado de Psiquiatria”

De acordo com o segundo manual a entrevista psiquiátrica possui três fases, início, desenvolvimento e conclusão.

A figura abaixo foi retirada integralmente da obra em questão. Nela, os autores apresentam as três fases<sup>13</sup> e os respectivos tópicos que são abordados em cada uma delas.

**Tabela 4**

<b>Início</b>	<b>Motivo da consulta</b> <b>Enfermidades atuais</b> <b>Sentimentos sobre acontecimentos importantes</b>
<b>Desenvolvimento</b>	<b>O paciente como pessoa</b> <b>História familiar multigeracional</b> <b>Situação da vida cotidiana</b> <b>Ocupação</b> <b>Passatempos</b> <b>Educação</b> <b>Escala de valores</b> <b>Entorno cultural e religioso</b> <b>História familiar</b> <b>História social</b> <b>História médica</b> <b>História do desenvolvimento</b> <b>História sexual</b> <b>Aspectos cotidianos</b> <b>Qualidades e defeitos</b>

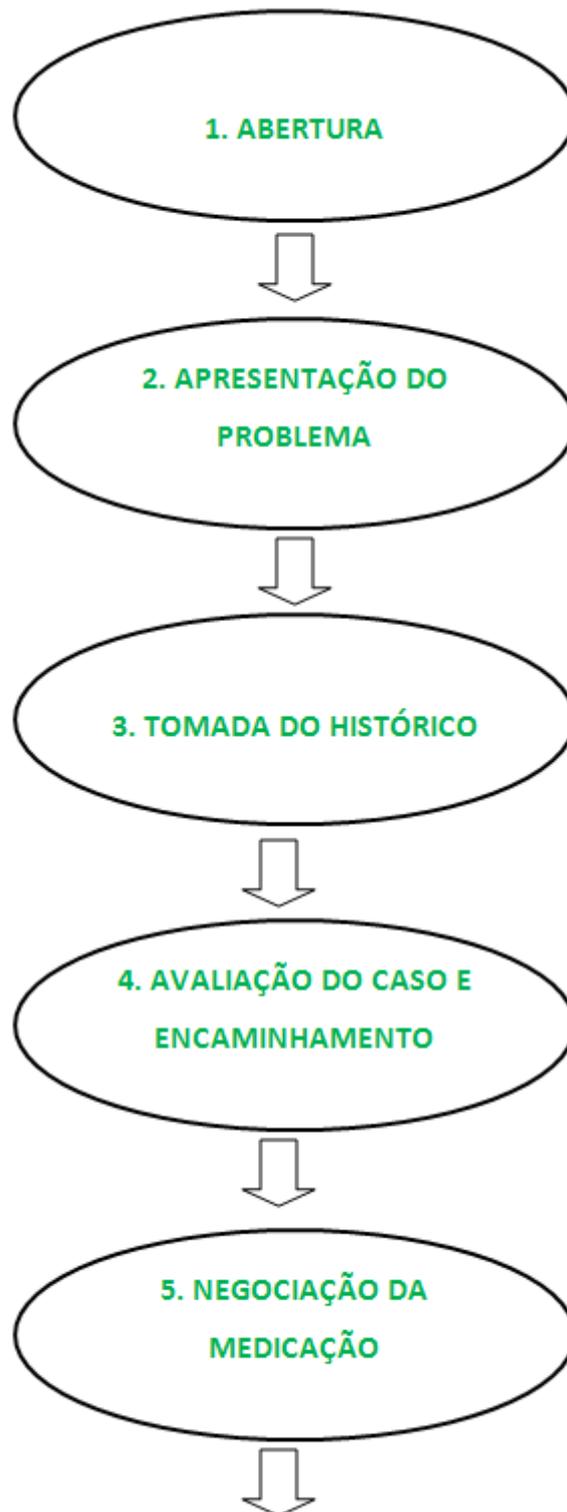
<sup>13</sup>Embora tenhamos realizado uma vasta pesquisa bibliográfica, não foi possível identificar nenhum estudo, de caráter interacional, que descrevesse as fases de uma entrevista psiquiátrica.

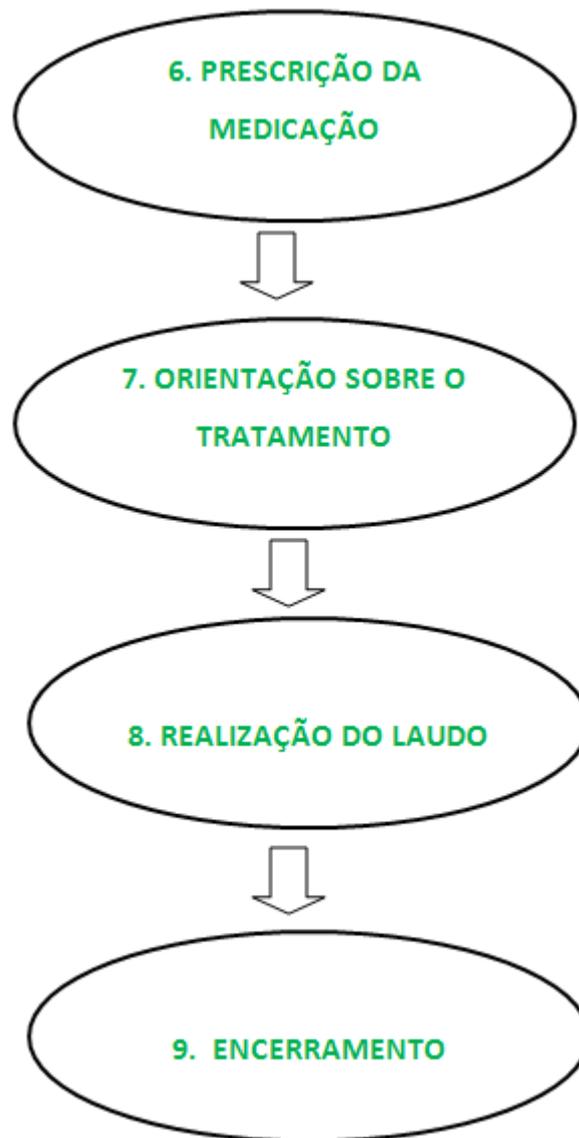
<b>Conclusão</b>	<b>Controle do tempo</b> <b>Temas importantes não tratados</b> <b>Perguntas do paciente</b> <b>Permissão para gravações</b> <b>Permissão para falar com outras pessoas</b> <b>Plano de tratamento e reação do paciente</b>

Tabela 6-2. FASES DA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA - Scheiber& Stephen, 2012, p. 202.

#### **4.3 A entrevista Psiquiátrica do ambulatório mpsiquiátrico HU/UFJF**

Na consulta que deu razão de ser a esse trabalho, foi possível identificar oito fases – esquematizadas na figura abaixo.

**Fases das entrevistas psiquiátricas ambulatório psiquiátrico HU/UFJF****Figura 2**



Como mencionado anteriormente, após uma ampla pesquisa bibliográfica e o contato com duas pesquisadoras<sup>14</sup> renomadas nos estudos interacionais brasileiros que estabelecem interface com a psiquiatria, não foi possível identificar um estudo sistematizado e pautado em dados reais de fala-em-interação que subsidiasse as prescrições realizadas nos manuais de psiquiatria.

Acreditamos que a terceira fase – tomada do histórico – seja a fase mais importante do encontro. A partir das informações obtidas ali, se construirá o diagnóstico, bem como a escolha da medicação e o encaminhamento para a terapia.

---

<sup>14</sup>Durante o processo de levantamento bibliográfico e de escrita dessa dissertação, estabelecemos contato com duas linguístas pioneiras nos estudos de interface entre linguagem e psiquiatria: Diana e Souza Pinto (Professora associada II - UNIRIO) e Maria Tereza Lopes Dantas (Pesquisadora colaborativa do IPUB/UFRJ).

### 4.3.1 Abertura

Essa é a primeira fase da entrevista. É através dela que a médica dá início ao atendimento. Em todas as consultas que compõem o nosso corpus, esta fase inicia-se fora do consultório.

Nessa entrevista, a médica vai à sala de espera e chama o paciente pelo nome. Na grande maioria das entrevistas, esse fato ocorreu sem que o gravador estivesse pronto para gravar, o que nos impossibilitou o armazenamento da fala dos participantes. Entretanto, embora as ações que ocorreram ali não tenham sido registradas em formato de áudio, nos preocupamos em registrá-las no diário de campo do pesquisador desse trabalho.

Após esse primeiro momento fora do consultório, a primeira fase dos atendimentos segue com a médica se apresentando e, em atendimentos excepcionais, encontramos, também, ela organizando ou fazendo alguma anotação relativa à consulta imediatamente anterior.

O excerto abaixo representa a abertura de nossa entrevista. Os turnos compreendidos entre 001-003 ocorreram fora do consultório.

#### EXCERTO 01

[EP, 2014, 001-017]

	001	médica	boa tarde, meu nome é <b>Kátia</b> . ((fora do consultório))
	002		consultório))
	003	paciente	boa tarde.((fora do consultório))
→	004	Médica	<b>se pronuncia</b> [kau ]? (( no consultório))
→	005	Paciente	[kauAN ]
	006	Médica	kauAN?
	007	Médica	é.
	008		(0.3)
→	009	Médica	( ) tá com quantos anos?
	010	Paciente	<b>quarenta e quatro.</b>
→	011	Médica	<b>quarenta e quatro.foi do: são le:mos que te encaminharam?</b>
→	012		
→	013	Paciente	<b>mhm.</b>
	014	Médica	deixa eu ver se eu acho a sua ficha.
	015		(0.3)
→	016	médica	<b>aqui.</b>
	017		(0.7)

Após chamar o paciente, a médica entra em seu consultório e, em seguida, ambos, médica e paciente, se sentam. Após esse primeiro momento, a médica projeta uma pergunta,

localmente produzida na posição de PPP (“se pronuncia [kau ]?((no consultório))”-linha 004). Através dessa pergunta, ela solicita a confirmação do nome do paciente. Em resposta à médica, o paciente confirma a hipótese de pronúncia idealizada pela médica( “[kauAN ]” - linha 005).

Em seguida, a médica solicita a idade do paciente (“( ) tá com quantos anos?”- linha 009). Em resposta, o paciente o confirma a sua idade (“quarenta e quatro.”- linha 010)

Após repetir a fala do paciente, (quarenta e quatro.- linha 011), a médica solicita a confirmação do encaminhado (foi do: **são le:mos**que te encaminharam? – linhas 011-012). Posteriormente, o paciente confirma o local do encaminhamento, através de elocução de uma vocalização (mhm. - linha 013). A partir de então, a especialista busca a ficha do paciente e finaliza esta fase ao sinalizar que encontrou o que buscava (“aqui.”- linha 016).

Nesse sentido, nessa primeira fase, a médica estabeleceu um contato inicial com o paciente, se apresentando e confirmando as informações disponíveis no prontuário.

Em seguida, ela dá início à segunda fase do evento.

### 4.3.2 Apresentação do problema

A segunda fase do atendimento está voltada para o motivo do atendimento. Considerando que os atendidos realizados nessa instituição são encaminhamentos advindos das Unidades Básicas de Saúde vizinhas à Universidade que dá apoio ao Centro, todos os pacientes chegam ao CAPS com uma solicitação de avaliação expedida pelos médicos dessas unidades primárias.

Em nossa consulta, a investigação do motivo do atendimento tem início com a médica confirmando essa solicitação do médico da UBS.

### Excerto 02

[EP12, 2014, 018-045]

- |   |     |          |  |
|---|-----|----------|--|
| → | 018 | Médica   | <b>é. a doutora cleuza que te viu lá né?</b> |
|   | 019 | Paciente | isso.  |
| → | 020 | Médica   | <b>(viu)</b>                                 |
|   | 021 | Paciente | é. na verdade eu fu:i depois do do- eu       |
|   | 022 |          | tabalhava de vigilante na chulapa e sofri um |
|   | 023 |          | umsal-um assalto a mão armada pra levarem    |



Com base na apresentação do problema e no encaminhamento trazido pelo paciente, a médica investiga seu histórico, através de um interrogatório detalhado.

No excerto abaixo, apresentamos o início dessa fase. Em seguida, oferecemos os tópicos que foram encontrados nela.

### Excerto 03 – Início da fase de tomada do histórico

[EP12, 2014, 046-055]

→ 046 Médica e o - esse assalto já tem três anos?

047 Paciente sim. foi dia primeiro de setembro.eu trabalhava  
048 à noite armado também,

049 Médica mhm.

050 Paciente parece que a pessoa já me conhecia já- mexeu  
051 mu:itocom os meus filhos. falou muito da- da  
052 minha família. ((o paciente começa a chorar))

053 (0.17)

054 Médica o assalto foi no seu trabalho,né?

055 Paciente mhm.

Ao proferir uma pergunta (“e o- esse assalto já tem três anos?” - linha 046), a médica dá início à sua investigação do histórico do paciente. Especificamente no caso desse paciente, a pergunta objetiva confirmação a informação presente do encaminhamento – a data do incidente.

Em seguida, a busca confirmar o local do incidente (“o assalto foi no seu trabalho né?,”- linha 054).

#### 4.3.3.1 Tomada do histórico: Os tópicos

Na entrevista selecionada para a realização desse trabalho, foram encontrados os seguintes tópicos, nessa terceira fase, iniciados pela médica:

**Tabela 7 – Os tópicos**

1	
---	--

	<b>Situação de trabalho</b>
<b>2</b>	<b>Situação financeira</b>
<b>3</b>	<b>Composição familiar</b>
<b>4</b>	<b>Histórico medicamentoso anterior à entrevista psiquiátrica</b>
<b>5</b>	<b>Histórico clínico</b>
<b>6</b>	<b>Escolaridade</b>
<b>7</b>	<b>Religião</b>
<b>8</b>	<b>Histórico clínico familiar</b>
<b>9</b>	<b>Comportamento social diário</b>

#### 4.3.4 Avaliação do caso e encaminhamento

Após a investigação do histórico do paciente, através dos tópicos apresentados na tabela 7, a médica dá início à quarta fase da entrevista. Como o próprio nome sugere, nela, com base nas informações fornecidas pelo paciente, a médica faz a avaliação do caso.

#### Excerto 04

[EP12, 2014, 362-398]

→	362	Médica	esse pensamento de novo. muitas pessoas que
	363		passam por uma violência, algum acidente,
	364		alguma coisa mais trauma:tica pode acontecer de
	365		ficar né, uma questão de ansiedade mais
	366		importa:nte associada com uma tristeza, uma
	367		dificuldade de- de lidar com a situação.
	368		aínesses casos realmente o melhor mesmo é
	369		fazer o tratamento mesmo, acompanhar de perto
	370		pra ( ) e você conseguir cada vez mais ir
	371		voltando a sua rotina cada vez mais normal.
	372	Paciente	mhm.
→	373	Médica	e uma das coisas que ajudam muito é a terapia
	374		com psicó:logo por sema:na que é- a gente vai
	375		descobrimdo algumas co:isas, conversando sobre
	376		algumas coisas que aju:da muito a conseguir
	377		passar por cima superando isso.
	378	Paciente	mhm.
→	379	Médica	e a gente faz o encaminhamento aqui que é
	380		psicologia aqui do caps, mas algumas vezes
	381		demora muito porque não tem tido vaga então a
	382		gente costuma dar o telefone de alguns lugares

- 383 que são ligados a faculdade de psicologia as  
 384 vezes eles cobram uma taxa simbólica, ai  
 385 depende muito do lugar.  
 386 Paciente mhm.  
 → 387 Médica alguns lugares cobram um pouco mais pra fazer  
 388 se pessoa consegue manter, fazer a psicoterapia  
 389 ou aqui ou fora e a medicação também que a  
 390 gente usa o nome né antidepressivo, mas essa  
 391 classe na verdade é usada para o tratamento de  
 392 várias condições. de ansiedade, essa questão  
 393 pós o trauma, também é muito utilizado e a  
 394 gente faz uma tentativa de começar com a  
 395 medicação pra ver se você adapta. a fluoxetina  
 396 você falou que teve essa questão sexual mais  
 397 importante né?,  
 398 Paciente mhm.

Na linha 362, a médica inicia sua avaliação do caso (“esse pensamento de novo. muitas pessoas que” – linha 362). Após realizar algumas considerações, ela inicia suas observações a respeito da terapia, demonstrando a importância da realização de tal acompanhamento (“e uma das coisas que ajudam muito é a terapia” – linha 373). Durante as considerações apresentadas pela médica, o paciente sinaliza estar participando da interação sem, contudo, realizar perguntas ou avaliar (“mhm.” – linhas 378, 386).

#### 4.3.5 Negociação da medicação

Nessa quinta fase, a médica negocia a medicação a ser utilizada para o tratamento.

#### Excerto 05

[EP12, 2014, 405-430]

- 405 Médica eu queria saber o seguinte, é eu tava pensando  
 406 em passar a paroxissetina que é né pra  
 407 ansiedade, uma das primeiras escolhas. só que a  
 408 paroxissetina não tem vindo pro SUS. tá vindo  
 409 pro SUS dessa classe é só a fluoxetina, e eu  
 410 acho que não vale a pena tentar porque você já  
 411 fez uso.  
 412 Paciente mhm.  
 → 413 e já teve um efeito colateral importante. você  
 414 acha que daria pra tentar é usar mesmo ela não  
 415 sendo do SUS?  
 416 Paciente mhm.  
 417 Médica não é das medicações mais caras que ( ) elas  
 418 são ( ) caras de mais não costuma ser desse  
 419 tipo assim.pra comprar a- da última vez que eu  
 420 vi, ficaria em torno de quarenta reais por mês,  
 421 essa medicação dependendo da farmácia.  
 422 Paciente mhm.  
 → 423 Médica porque as outras que têm pelo SUS são de outra  
 424 classe. também tem outros efeitos. se falar que

	425		<b>não dá, que não da pra comprar, a gente até</b>
	426		<b>tenta da outra.</b>
	427	Paciente	mhm.
	428	Médica	essa seria em princípio uma primeira escolha. o
	429		que que você acha?
→	430	Paciente	<b>é. vamos tentar ela então.</b>

Como sinalizado, (“eu queria saber o seguinte, é eu tava pensando”-linha 405), a médica inicia sua proposta medicamentosa, realizando suas considerações. Tal fala parece prefaciando a pergunta, cujo conteúdo sugere a compra da medicação (“você acha que daria pra tentar é usar mesmo ela não sendo do SUS?”- linhas 413-415). Nesse momento da decisão, a médica aponta como fator decisivo na escolha do medicamento o fato de uma delas, a poroxissetina, já haver sido utilizada pelo paciente em momentos anteriores (“e já teve um efeito colateral importante. você.”- linha 413).

Frente a sua série de vocalizações projetadas pelo paciente (“mhm” – linhas 412,416, 422, 427), a médica parece perseguir uma posição mais concreta em relação à proposta (“essa seria em princípio uma primeira escolha. o que que você acha?”- linhas 428-429)

Em resposta à médica, o paciente sinaliza que aceita a medicação (“é. vamos tentar ela então.” – linha 430).

#### 4.3.6 Prescrição da medicação

Uma vez realizada a negociação da medicação, a médica faz a prescrição. (“tá bom? eu vou fazer aqui a receita. ((pega o receituário e começa a esrever))” – linha 530-531)

#### Excerto 06

[EP12, 2014, 530-535]

→	530	Médica	<b>tá bom? eu vou fazer aqui a <u>receita</u>. ((pega o</b>
	531		<b>receituário e começa a esrever))</b>
	532	Paciente	(0.4)
	533	Médica	kauAN que fala né?,
	534	Paciente	mhm.
	535		(0.8) ((a médica começa a escrever))

Como pode ser observado acima, na linha 530, a médica pega o receituário e, partindo na negociação realizada na fase anterior, prescreve a medicação que auxiliará no tratamento.

#### 4.3.7 orientação sobre o tratamento

Essa é a sexta fase da nossa entrevista. Uma vez negociada e prescrita a medicação, a médica inicia a recomendação do medicamento. Este é um momento instrucional e está relacionado à manipulação dos fármacos.

Além da recomendação, nessa fase a médica remarca o próximo encontro – trinta dias corridos, após esse primeiro encontro.

#### Excerto 07

[EP12, 2014, 590-645]

- 590 Médica ( ) primeira semana tenta tomar meio  
591 comprimido ao invés dele inteiro.  
592 Paciente um.  
→ 593 Médica para adaptar melhor o organismo, para não ficar  
594 com efeito colateral. tem gente que sente um  
595 pouco de na:usea, passa depois. ( ) não  
596 costuma ser nada disso, vai interrompe o  
597 tratamento por causa disso.  
598 Paciente um.  
→ 599 Médica e aí, na segunda semana você já toma um  
600 inteiro, tá?,  
601 Paciente essediazepan aí derrubou o dia que eu tomei  
602 ele.  
603 Médica é?  
604 Paciente uns três dias ( ).  
605 Médica você ficou três dias mais grogue?,  
606 Paciente é.  
607 (0.14)  
608 Paciente a doutora da cma( ) me: me: consultou no dia-  
609 depois do assalto, aí me deu esse diazepam.  
610 Médica CMA é o que?  
611 Paciente é centro médico articulado. eles têm  
612 [um convênio com].  
613 Médica [um plano de saúde].  
614 Paciente os vigilantes.  
615 Médica um.  
616 0.15  
617 Paciente ( )  
618 (0.43)  
619 Médica esse do sono (toma) só metade à noite já que o  
620 diazepam fez o efeito né muito intenso. aí esse  
621 do sono se quiser dá para pegar na: farmácia da  
622 estrito senso que é do sus e o outro que vai  
623 ser o tratamento mesmo que tem que tomar todo  
624 dia certi:nho, é o que não tá vindo. teria que

625 comprar. oclonazepan se sentir que tá dormindo  
626 melho:r, que não tá precisa:ndo, esse tem  
627 problema tirar não. não é uma coisa assim. a::  
628 tem que tomar todo dia certinho não.  
629 Paciente um.  
630 mais pra ajudar no sono mesmo. mesmo assim a  
631 gente vai usar no máximo quinze dias. O outro  
632 ao contrário não parar por Conta própria, não  
633 deixar de tomar, tomar ele sempre no mesmo  
634 horário, pode tomar ele à noite também. Tem  
635 gente que sente uma certa sonolência com ele  
636 então é até bom tomar à noite que também  
637 adianta. ((pega o receituário e começa a  
638 escrever))  
639 (0.16)  
640 **aí esse do sono precisa da azul, tá? e o outro**  
641 **é só na branca mesmo. ((entrega duas receitas**  
→ 642 **ao paciente)) vou só remarcar aqui. ((pega uma**  
643 **agenda e marca o retorno))**  
645 (0.3)

Como sinalizado na transcrição, a médica inicia essa fase meio comprimido (“( primeira semana tenta tomar meio comprimido ao invés dele inteiro.”- linhas 590-591). No turno posterior, o paciente sinaliza que compreendeu a fala da médica (“um.”- linha 592). Assim, a médica segue explicitando um possível colateral da medicação (“para adaptar melhor o organismo, para não ficar com efeito colateral. tem gente que sente um pouco de na:usea, passa depois. ( ) não costuma ser nada disso, vai interromper o tratamento por causa disso.” – linhas 593-597).

Após o turno da médica, o paciente emite outra vocalização (“um.”- linha 598). Posteriormente, a médica continua a orientação (“e aí, na segunda semana você já toma um inteiro, tá?,” – linhas 599-600).

Nos turnos posteriores, médica e paciente continuam engajados no processo de recomendação, culminando, na linha 642, na remarcação da consulta (“vou só remarcar aqui. ((pega uma agenda e marca o retorno))”- linhas 642-643).

#### 4.3.7 Realização do laudo

Essa é a penúltima fase. Considerando que o paciente está afastando de suas atividades laborais formais, a médica realiza um laudo – uma declaração -para que ele leve à perícia.

#### Excerto 08

[EP12, 2014, 648-674]

→ 648 Médica **eu vou deixar marcado na receita a data da**  
649 **volta tá, o horário. você falou que tem uma**

650                                    **perícia marcada?,**  
651    Paciente                    mhm.  
652    Médica                        é:: você tem algum laudo para leva:r?  
653    Paciente                       não. a eu ia esquecer.  
→ 654    Médica                        **é. eu faço um aqui. a gente tem um padrão já**  
655                                    **impresso pronto.uma declaração do tratamento.**  
656    Paciente                        [a tá                    ]  
657    Médica                        [a gente] fala que começou o tratamento. aí no  
658                                    dia da perícia você leva. ((a médica preenche o  
659                                    laudo))  
660                                    (0.27)  
661    Médica                        (                    )  
662                                    (0.48)  
663    Médica                        esse daqui é para a perícia, tá? o laudo que  
664                                    eles pedem ((entre o laudo para o paciente)) e  
665                                    no di:a oito né vai dar menos um mês, aí você  
666                                    volta a gente conversa e vê como é que tá.o  
667                                    encaminhamento para a psicologia é esse daqui.  
668                                    ((aponta para um dos papéis que entregou)) vou  
669                                    fazer uma receita (                    ) e a gente vai (                    ) vai  
670                                    procurar um desses lugares, se aqui eles  
671                                    falarem que vai demorar. ((entrega dois cartões  
672                                    de centros que oferecem consultas  
673                                    psicoterapeuticas))  
674    Paciente                        um.

A médica toma a iniciativa de perguntar se o paciente possui algum documento para levar à perícia médica (“você falou que tem uma perícia marcada?” – linhas 649-650). Considerando a resposta afirmativa do paciente (“mhm.”- linha 652), ela questiona a existência de algum documento que possa ser apresentado (“é:: você tem algum laudo para leva:r?”- linha 652).

Em resposta à pergunta da médica, o paciente explicita não possuir tal documentação (“não. a eu ia esquecer.”- linha 653). Dessa forma, ela explicita que fará a declaração de tratamento para que ele apresente ao médico perito (“é. eu faço um aqui. a gente tem um padrão já.”- linha 654).

#### 4.3.8 Encerramento

Essa é a última fase da entrevista. Após realizar as instruções medicamentosas e realizar o laudo, o paciente sinaliza para a médica que a interação está chegando ao fim (“tá [ bom. ]” – linha 684).

**Excerto 09****[EP12, 2014, 684-695]**

→ 684 Paciente **tá[ bom. ]**  
 → 685 Médica **[tá bom?,]**  
 686 Paciente obrigado.  
 → 687 Médica **e ter um pouquinho de paciência que nem eu te**  
 688 **falei nesse início não dá tanta diferença, mas**  
 689 **depois a grande maioria melhora bastante com a**  
 690 **medicação também. é um apoio que é importante,**  
 691 **tá bom?.**  
 692 Paciente obrigado. obrigado viu?, (( pega na mão do  
 693 epsquisador))  
 694 Pesq. obrigado.  
 695 Paciente boa tarde. até mais.

Em resposta à fala do paciente (“tá[ bom. ]” – linha 684), a médica também sinaliza que a entrevista está chegando ao fim (“tá[ bom. ]” – linha 685). Em seguida, o paciente agradece (“obrigado” - linha 686).

A médica encerra sua fala, encorajando o paciente a não desistir da medicação (“e ter um pouquinho de paciência que nem eu te falei nesse início não dá tanta diferença, mas depois a grande maioria melhora bastante com a medicação também. é um apoio que é importante, tá bom?.” - linhas 687-691).

Por fim, o paciente agradece o pesquisador (obrigado. obrigado viu?, (( pega na mão do epsquisador))” - linha 692-693) que, por sua vez, retribui o agradecimento (“obrigado.” - linha 694).

## 5. ANÁLISE DE DADOS

Conforme expusemos no capítulo das fases, com base na apresentação do problema e no encaminhamento trazido pelo paciente, a médica investiga o seu histórico, através de um interrogatório detalhado. Para tanto, realiza uma série de perguntas que perpassam por diversos tópicos.

Nesse capítulo, baseando-nos nos pressupostos teórico-metodológicos da ACe, vamos nos ater a estudar algumas práticas conversacionais que ocorrem durante a tomada do histórico.

Considerando que um dos nossos objetivos aqui é estudar as práticas levadas a cabo pela médica para realizar a tomada do histórico do paciente, e a fim de dar visibilidade a elas, optamos por recortar nossos dados em termos dos tópicos<sup>15</sup> conversacionais que encontramos durante essa fase da entrevista.

Nesse sentido, primeiramente, identificamos os tópicos<sup>16</sup> que surgiram nessa fase e, em seguida, selecionamos oito fragmentos que consideramos, aqui, os mais importantes para compreender o que ocorre nesse momento da entrevista.

### 5.1 Nossa entrevista psiquiátrica

Nessa entrevista, participam o par médica-paciente<sup>17</sup>. Ele, casado e com quarenta e quatro anos, é pai de dois filhos, uma menina e um menino: o segundo é de criação. O paciente trabalhava como segurança em uma empresa, até sofrer um assalto, há três anos. Desempregado, ele auxilia o sogro em um comércio da família. Durante a consulta, ele explicita que, após o incidente, recusou-se a buscar ajuda psiquiátrica, apesar das indicações de amigos e familiares. Contudo, agora, pelo fato de sentir que tanto a sua vida pessoal quanto a social mudaram radicalmente e, também, pelo incentivo de pessoas próximas, optou por realizar um consulta. Durante o evento, o paciente realiza várias queixas, entre as quais estão insônia e fuga social. Ao longo da entrevista, ele se emociona – chora –, por duas vezes, quando fala da família e quando é remetido ao dia do assalto.

---

<sup>15</sup> Assumimos, aqui, a noção de tópico elaborada por Brown e Yule (1983), isto é, aquilo acerca do que se está falando.

<sup>16</sup> Os tópicos que foram mapeados encontram-se disponíveis no capítulo das fases dessa dissertação

<sup>17</sup> Disponibilizamos mais informações sobre a médica no capítulo de metodologia.

## EXCERTO 01

No excerto abaixo, com base nas informações descritas no encaminhamento do paciente<sup>18</sup>, a médica explora o tópico assalto.

### [EP, 2014, 046-070]

- 046 Médica **e o - esse assalto já tem três anos?**  
 047 Paciente sim. foi dia primeiro de setembro.eu trabalhava  
 048 à noite armado também,  
 049 Médica mhm.  
 050 Paciente parece que a pessoa já me conhecia já- mexeu  
 051 mu:itocom os meus filhos. falou muito da- da  
 052 minha família. ((o paciente começa a chorar))  
 053 (0.17)  
 → 054 Médica **o assalto foi no seu trabalho,né?**  
 055 Paciente mhm.  
 → 056 Médica **lá falaram da sua família na hora do assalto?**  
 057 Paciente sim. (( o paciente se emociona e chora))  
 058 (0.2)  
 059 Paciente desculpa.  
 060 Médica que isso.  
 061 (0.4)  
 062 Paciente aí eu fiquei muito preocupa:do parei de me  
 063 relacionar com os meus vizinhos.  
 064 (0.4) (( a médica faz anotações no prontuário))  
 → 065 Médica **você parou de se relacionar com os vizinhos?,**  
 066 Paciente é. (eu não sei o que aconteceu )tô brigando,  
 067 com o estopim cu:rto né,  
 068 Médica mhm.  
 069 Paciente também.  
 070 (0.3)

Ao proferir uma pergunta polar do tipo sim/não (“e o - esse assalto já tem três anos?” – linha 046), a médica solicita que o paciente confirme o tempo corrido desde a data do assalto.

Nas linhas 047 e 048, dado que houve lugar relevante para transição, o paciente toma o turno e, em três UCTs, fornece uma resposta ao pedido de confirmação da médica (“foi dia primeiro de setembro.eu trabalhava à noite armado também,”- linhas 047-048). Na primeira UCT, do tipo lexical, ele responde exatamente ao solicitado (“sim.” – linha 047). Em seguida, realizando uma pós-expansão da sequência, por meio da segunda, ele fornece a data do incidente (“foi dia primeiro de setembro.” – linha 047) e, na terceira (“eu trabalhava à noite armado também,”- linhas 047-048), ele informa o horário em que

<sup>18</sup>Trata-se de um documento escrito emitido pela USB e encontra-se disponível nos anexos dessa dissertação.

trabalhava e explicita o fato de, assim como os bandidos, ele também estar armado na hora do incidente.

Como pode ser observado na transcrição, após a resposta do paciente, localmente produzida na posição de SPP, a médica reage produzindo um continuador, por meio do qual o convida a expandir seu relato. Isto é, tal como apontado na teoria (SCHEGLOFF, 1982), essa ferramenta discursiva utilizada pela médica parece sinalizar o recibo da fala do paciente e dá oportunidade para que ele forneça insumos ao seu relato, devolvendo-lhe o turno de fala. O paciente segue o seu relato, colocando em xeque o fato de a sua família ter sido citada, durante o assalto (“parece que a pessoa já me conhecia já- mexeu mu:itocom os meus filhos. falou muito da- da minha família. ((o paciente começa a chorar))” linhas -050-052). Como é possível observar na sequência, o paciente se emociona e, durante uma pausa “0.17”, não produz nenhum turno de fala, linha 053. A médica, durante a pausa, não realiza perguntas, o que parece demonstrar solidariedade ao paciente.

Após a pausa, a médica formula uma nova pergunta do tipo sim/ não, por meio de entoação ascendente. Através dela, a profissional solicita que o paciente confirme o local do incidente (“o assalto foi no seu trabalho né?”- linha 054).

Na linha 055, em resposta ao pedido da médica, no turno imediatamente posterior, e por meio da construção de uma UCT do tipo lexical, o paciente ratifica o fato de o assalto haver ocorrido em seu trabalho (“mhm.” – linha 055).

A interação segue com a médica formulando uma *follow-up question*, cujo conteúdo explora a confirmação levada a cabo pelo paciente no turno imediatamente anterior, o que é possível perceber através da elocução do item lexical “lá”, que retoma *trabalho*.

Em resposta ao pedido da médica, o paciente reitera o fato de sua família haver sido mencionada, durante o assalto (“sim” – linha 057). Novamente, é interessante ressaltar que tal confirmação ocorre por meio da construção de uma UCT do tipo lexical, o advérbio

Em seguida, como é possível observar na transcrição, após produzir sua resposta, o paciente se emociona e chora, o que nos permite concluir que o tema família, constitui um assunto delicado para o paciente. Dessa forma, na linha 058, ocorre uma pausa de dois segundos, que é seguida por um pedido de desculpas (linha 059), por meio de entoação descendente, do paciente para a médica, pelo fato de ele haver se emocionado.

Na linha 060 (“que isso.”- linha 060), como é possível observar na transcrição, a médica produz uma resposta, na qual demonstra sua solidariedade em relação ao paciente.

Na linha 061, dado que houve lugar relevante para transição e o paciente não se autosselecionou, é possível observar a ocorrência de uma micro pausa “0.4”. Em seguida,

visto que a médica também não tomou o turno, o paciente o faz, dando continuidade ao seu relato, acrescentando o fato de estar se relacionando melhor com os seus vizinhos. A partir desse turno de fala, é possível perceber que o paciente demonstra desconfiança em relação aos vizinhos (“aí eu fiquei muito preocupado parei de me relacionar com os meus vizinhos.”-linha 062-063). Entretanto, tal informação não fica explicitada, mas sim implícita em sua fala.

Na linha 064, a médica não toma o turno. Como assinalado na transcrição, nesse momento, ela anota as informações fornecidas pelo paciente no prontuário. Da mesma forma, o paciente não se autosseleciona, o que acarreta uma pausa de quatro segundos. Nesse sentido, após anotar as informações do paciente, a médica formula uma nova pergunta, através da qual, por meio da formulação da fala do paciente, ela solicita que ele realize a expansão do seu relato (“você parou de se relacionar com os vizinhos?,”- linha 065).

O paciente toma o turno e, em resposta à solicitação da médica, realiza um pós-expansão da sequência, confirmando o fato de não estar se relacionando com os seus vizinhos (“é.” – linha 066), e fornece argumentos para o fato de não estar se relacionando com os vizinhos, isto é, atribuindo o rompimento da relação com os vizinhos ao fato de estar agressivo (“(eu não sei o que aconteceu )tô brigando, com o estopim curto né,” – linhas 066-067).

Na linha 068, é possível perceber que a médica produz um elemento lexical, através do qual demonstra haver recebido a fala do paciente e propõe o encerramento da sequência (“mhm.” - linha 068). É interessante observar que, após a produção da UCT lexical, realizada pela médica, o paciente constrói um incremento (Schegloff, 2000b) sintaticamente simbiótico ao seu turno anterior (“também.” - linha 069).

Como pode ser observado, na linha 070, a sequência é encerrada como uma pausa de três segundos, momento em que a médica anota as informações do paciente no prontuário.

## EXCERTO 02

No excerto a seguir, a médica investiga o porquê da desconfiança.

### [EP, 2014, 071-090]

→	071	Médica	<b>você chegou desconfiar de <u>alguém</u> conheci::do?,</b>
	072	Paciente	a: parece que: - parece que eu reconheci a voz
	073		da pessoa mas mas não tive <u>certeza</u> ,.
	074	Médica	mhm.

075 Paciente tava empapuçã::do ( ) mui:to e me abalou um  
076 pouco na hora NÉ eu não tive certeza,  
→ 077 Médica **mhm.**  
078 Paciente se era realmente.  
079 (0.2)  
080 Paciente mas ai saí da: profissãõ logo em segui- fique -  
081 troquei de horário primeiro fui pra de dia mas  
082 após as dezessete horas já, quando o pessoal ia  
083 embora já ficava pronto me:smo, ficava com arma  
084 na mão né aquela-uma situação ruim podia  
085 encontrar alguém lá: que tivesse atrasado pra  
086 sair ( ) aí resolvi sair do ramo mas não não  
087 adaptei esse negócio de não dormir à noite tá  
088 mexendo mui- um pouco comigo.  
→ 089 Médica **mhm.**  
090 Paciente então, é isso.

No excerto acima, ao proferir uma pergunta polar do tipo sim/não (“você chegou desconfiar de alguémconheci::do?”,- linha 071), a médica busca realizar a confirmação da informação implícita na fala do paciente de que ele suspeitava de seus vizinhos (“aí eu fiquei muito preocupa:do parei de me relacionar com os meus vizinhos.” – linha 062-063. Por meio dessa pergunta complementar, ela busca uma ratificação do paciente em relação a essa desconfiança.

Em resposta à pergunta da médica, o paciente fornece uma resposta, na qual, embora, nesse turno de fala, ele mencione o fato de a voz de um dos assaltantes haver soado familiar (“a:parece que: - parece que eu reconheci a voz da pessoa, mas mas não tive certeza.” – linhas 072-073), ele não assume uma postura que comprove o fato implícito na sua fala das linhas 062-063, isto é, a decisão de haver rompido o relacionamento com os vizinhos por conta de sua desconfiança (“mas não tive certeza.” – linha 073).

Na linha 074, visto que houve lugar relevante para transição, após a resposta do paciente na posição de SPP, a médica não toma o turno, produzindo uma unidade UCT do tipo lexical, a partícula “mhm”, através da qual, parece sinalizar que recebeu a fala paciente e fornecendo, assim, espaço para que ele possa prosseguir com sua linha de pensamento.

Em seguida, o paciente toma o turno, expandindo o seu relato. Nesse momento da interação, ele apresenta dois argumentos que, na sua concepção, o impedem confirmar se a voz era conhecida: o fato de que o assaltante estava encapuzado e o fato de ele haver se sentido abalado, no momento do assalto (“tava encapuzã::do ( ) mui:to e me abalou um pouco na hora NÉ eu não tive certeza,” – linhas 075-076).

Para que ele dê prosseguimento ao relato, a médica, produz um continuador (“mhm..” - linha 077), por meio do qual sinaliza estar participando do processo de co-construção do relato do paciente, realizando escuta ativa (HUTCHBY, 2005). Como é possível observar, em

seguida o paciente realiza uma pós-expansão da sequência( “se era realmente.”- linha 078).

Subsequentemente, dado que houve lugar relevante para a transição, e a médica não tomou o turno, como pode observado na transcrição, ocorre uma micro pausa“0.2”, linha 079, após a qual, o paciente o faz, e, através de uma pós-expansão da sequência, fornece informações adicionais sobre a sua vida, após o incidente, o fato de ele haver tentado adaptar-se a uma nova rotina e, posteriormente haver deixado o trabalho (“mas ai saí da: profissão logo em segui- fique - troquei de horário primeiro fui pra de dia mas após as dezessete horas já, quando o pessoal ia embora já ficava pronto me:smo, ficava com arma na mão né aquela-uma situação ruim podia encontrar alguém lá: que tivesse atrasado pra sair ( ) aí resolvi sair do ramo mas não não adaptei esse negócio de não dormir à noite tá mexendo mui- um pouco comigo.” – linhas 080-088).

A médica produz, novamente, uma unidade lexical (“mhm.” – linha 089), por meio da qual, parece propor o encerramento da sequência, que é aceito pelo paciente no turno imediatamente posterior (“então, é isso.” – linha 090), quando este, então, a conclui.

### EXCERTO 03

A médica explora o tópico família.

#### [EP, 2014,119-130]

- |   |     |          |   |
|---|-----|----------|---|
| → | 119 | Médica   | <b>você falou que tem mais fi:lhos?</b>         |
|   | 120 | Paciente | tem uma menina de dezesseis anos, um pouco      |
|   | 121 |          | estudiosa e tem um de molequinho de sete anos   |
|   | 122 |          | que eu adotei. e não é meu e nem da minha       |
|   | 123 |          | mulher NÃO. é do meu cunhado, eu crio ele desde |
|   | 124 |          | os seis meses idade.                            |
| → | 125 | Médica   | <b>mhm. aí moram os dois com você?</b>          |
|   | 126 | Paciente | mora. na minha casa <u>própria</u> .            |
| → | 127 | Médica   | <b>mhm.</b>                                     |
|   | 128 | Paciente | meu sogro tem me ajudado com alguma coisa mas a |
|   | 129 |          | situação não tá legal, e daí eu quero dar uma   |
|   | 130 |          | melhora:da né, sair dessa.                      |

No excerto acima, por meio de uma *follow-up question*(“você falou que tem mais fi:lhos?” – linhas, a médica solicita que o paciente explore sua fala anterior 119), ao mencionar os filhos (“[meus filhos ]”- linha 118).

Entre as linhas 120 e 124, em resposta ao pedido de confirmação da médica, o paciente produz uma fala, na qual não apenas confirma o pedido da médica - o fato de ele ter dois filhos - mas também fornece informações a respeito desses, como idade e sexo, além do fato de o menino haver sido adotado (“tem uma menina de dezesseis anos, um pouco estudiosa e tem um de molequinho de sete anos que eu adotei.e não é meu e nem da minha mulher NÃO. é do meu cunhado, eu crio ele desde os seis meses idade.” – linhas 120- 124).

Posteriormente à resposta do paciente, dado que houve lugar relevante para a transição sinalizado pela completude sintática, prosódia e pragmática da fala do paciente a médica produz um novo turno construído em duas UCTs. Na primeira, do tipo lexical, através da projeção de uma partícula (“mh.m.” - linha 125), ela realiza o encerramento da sequência e, na segunda, por meio de uma *follow-up question*, ela solicita que o paciente confirme se os filhos vivem com ele (“aí moram os dois com você?” – linha 125).

Na linha 126, em resposta ao pedido de checagem da médica, o paciente, após tomar o turno em um lugar relevante para a transição, projeta um novo turno de fala construído em duas UCTs. Na primeira, ele responde exatamente ao solicitado pela médica, isto é, o fato de ele morar com os filhos (“mora.” – linha 126). Na segunda, ele realiza uma pós-expansão da sequência, fornecendo uma informação adicional à pergunta da médica, o fato de a casa onde ele mora com a família ser própria (“na minha casa própria.” – linha 126).

Em seguida, dado que houve lugar relevante para a transição, a médica não toma o turno, produzindo apenas uma vocalização que, na interação, desempenha a função de continuador (“mh.m.” – linha 127), por meio dele, a médica demonstra haver recebido a fala do paciente e parece sinalizar, assim, que está participando do processo interacional.

Como é possível observar na transcrição, após o continuador da médica, o paciente avalia a sua situação atual (“meu sogro tem me ajudado com alguma coisa mas a situação não tá legal, e daí eu quero dar uma melhora:da né, sair dessa.” – linha 128-130).

#### **EXCERTO 04**

A médica explora o tópico assalto.

## [EP, 2014, 358-377]

- 358 Médica **hoje em dia costuma voltar na sua cabeça cenas do dia?**  
 359  
 360 Paciente não. só quando eu converso sobre que é muito  
 361 cha:to ou então- e a noite que as vezes lembro.  
 362 ai eu parei de ou- de assitir filme de terror  
 363 também
- 364 Médica **mhm. à noite quando você lembra é só esporadicamente ou acontece[sempre?]**  
 365  
 366 Paciente [não]  
 367 esporadicamente. a gente tem vários problemas  
 368 né as vezes foco em outro problema.
- 369 Médica **mhm.**  
 370 Paciente então não é to:do o dia assim não mas é  
 371 frequente.
- 372 Médica **é frequente.**  
 373 paciente é.
- 374 Médica **aparece.**  
 375 Paciente mhm.
- 376 Médica **sem você querer guiar aquele.**  
 377 Paciente é.

No fragmento de fala acima, a partir de uma pergunta polar do tipo sim/não, a médica busca confirmar se o incidente ainda está presente na vida do paciente (“hoje em dia costuma voltar na sua cabeça cenas do dia?” – linhas 358-359). Tal como postulado na teoria (TRACY e ROBLES, 2009), a pergunta formulada pela médica está orientada para um aspecto da vida cotidiana do paciente e tem como objetivo aprofundar-se nos fenômenos mentais. Nessa direção, ela parece ratificar o estereótipo do psiquiatra como um perguntador, em especial, no que diz respeito aos sentimentos.

Em resposta ao pedido de informação da médica, o paciente produz, na posição de SSP, uma resposta construída em várias UCTs. Na primeira (“não.” – linha 360), ele responde exatamente ao solicitado pela médica, negando o fato de as cenas do incidente habitar sua mente, no cotidiano. E, através da expansão da sequência, ele explicita o fato de essas cenas se fazerem presente quando conversa sobre o evento (“só quando eu converso sobre – linha 360), avaliando, em seguida, como negativo o fato de conversar sobre o incidente (“quando eu converso sobre que é muito cha:to” – linha 360-361).

Nas linhas 364 e 365, dado que houve lugar relevante para a transição, sinalizado pela completude sintática, prosódica e pragmática da fala do paciente a médica produz um novo turno de fala, construído em duas UCTs. Na primeira, ao proferir a partícula “mhm”, linha 364, ela encerra a sequência e, na segunda, por meio de uma follow-up question – uma pergunta complementar – (“à noite quando você lembra é só esporadicamente ou acontece[sempre? ]” – linhas 364-365), ela elicitava mais fala, buscando aprofundar-se na frequência com que o paciente relembra as cenas do evento, o que ganha destaque com a

presença dos advérbios “esporadicamente” e “sempre”. Nesse momento da interação, ocorre uma curta sobreposição de fala no final do turno da médica (“[sempre?]” – linha 365), através da qual o paciente dá início à sua fala, em resposta ao pedido precedente da profissional. Como pode ser observado na transcrição, o paciente se mantém com o turno, dando continuidade à construção do seu relato, momento em que realiza uma *account*<sup>19</sup>, explicitando que canaliza sua atenção para os problemas cotidianos (“esporadicamente. a gente tem vários problemas né as vezes foco em outro problema.” – linha 368).

Posteriormente, a médica produz um novo continuador (“mhm. .” – linha 369), por meio do qual parece demonstrar estar participando do processo de desenvolvimento da linha de pensamento do paciente, e praticando, assim, escuta ativa (HUTCHBY, 2005). E, após o continuador da médica, o paciente segue construindo o seu relato, demonstrando haver compreendido a fala da mesma como um convite à expansão de seu relato. Assim, como pode ser observado na transcrição, o advérbio “frequente”, presente no turno do paciente, coloca em destaque o fato de as cenas do incidente serem revisitadas por sua mente com frequência (“então não é to:do o dia assim não mas é frequente.” – linhas 370-371). É interessante observar que nesse momento da interação, o paciente realiza um movimento de reformulação<sup>20</sup> de seus turnos iniciados nas linhas 360 e 366, momento em que diz à médica que suas lembranças são esporádicas.

Em seguida, a médica, por meio da repetição de elementos da fala do paciente, toma o turno e produz uma nova pergunta, na qual solicita a confirmação da informação oferecida, em seu turno imediatamente precedente (“é frequente?,” – linha 372). Dessa forma, no turno posterior, o paciente oferece uma confirmação ao pedido da médica, no qual diz que tais pensamentos são frequentes (“é.” – linha 373).

Na linha 374, a médica toma o turno e dá início a um movimento de formulação<sup>21</sup> da fala do paciente da linha 373 (“aparece,” – linha 374). Após essa primeira unidade lexical, é possível observar que o paciente, orientando-se para o momento da possível completude do turno, produz uma vocalização, “mhm”, com o mesmo valor semântico da partícula “sim”, por meio da qual ratifica o fato de tais pensamentos serem frequentes. Dessa forma, na linha 376, a médica produz um incremento (Schegloff, 2000b) sintaticamente simbiótico à sua UCT

<sup>20</sup>Não objetivamos aqui discutir a noção de reformulação. Para uma revisão dessa prática, Gago e Pinto (2013).

<sup>21</sup>Ian Hutchby e Robin Wooffitt (1998) definem a formulação como uma ação se síntese daquilo que foi apresentado, durante a conversa, em turnos anteriores.

anterior (“sem você querer guiar aquele.”- linha 376), a partir do qual conclui sua pergunta.

A sequência é encerrada com o paciente oferecendo uma resposta, por meio da qual ratifica sua confirmação presente na linha 375 (“é.” – linha 377). Após a sua fala, a interação segue com a médica dando início às suas considerações sobre o caso.

### EXCERTO 05

A médica aborda o tópico histórico família.

[EP, 2014, 272-288]

- |   |     |          |   |
|---|-----|----------|---|
| → | 272 | Médica   | <b>você tem irmãos?</b>                           |
|   | 273 | Paciente | tenho. sou o mais novo tenho uma irmã de tenho    |
|   | 274 |          | quatro irmãs e um irmã[o.].                       |
| → | 275 | Médica   | [e],  |
|   | 276 |          | <b>eles tem algum problema de saúde?</b>          |
|   | 277 | Paciente | a minha irmã que e mais velho que eu tem mais     |
|   | 278 |          | não trata.  |
| → | 279 | Médica   | <b>mhm.</b>                                       |
|   | 280 |          | eu acho que ela é bipolar mas ela não trata       |
|   | 281 |          | não.  |
|   | 282 |          | (0.4)   |
|   | 283 | Paciente | meio agressiva com a minha mãe mas mora com ela   |
|   | 284 |          | e tal.  |
|   | 285 |          | (0.26)  |
| → | 286 | Médica   | <b>essa ansiedade, você chega a sentir alguma</b> |
|   | 287 |          | <b>coisa no corpo quando fica preocupa:do com</b> |
|   | 288 |          | <b>me::do?</b>                                    |

No excerto acima, ao proferir uma pergunta polar do tipo sim/não, a médica solicita que o paciente informe se possui irmãos (“você tem irmãos? – linha 272”). Em resposta ao pedido de informação da médica, o paciente confirma o fato de possuir irmãos. Vale ressaltar que a resposta ocorre em duas UCTs. Na primeira, ele responde exatamente ao solicitado (“tenho.” – linha 273) e, na segunda, através de uma pós-expansão da sequência, ele produz informações adicionais à pergunta da médica, explicitando o número de irmãos (“sou o mais novo tenho uma irmã de tenho quatro irmãs e um irmão.” – linhas 273-274).

Na linha 275, após o paciente fornecer uma resposta, a médica toma o turno e, a partir de uma *follow-up question*, ela busca recolher informações sobre a saúde dos irmãos do paciente.

O paciente toma o turno e, em resposta à pergunta complementar da médica, constrói seu turno de fala, outra vez, em duas UCTs. Na primeira, ele explicita o fato de ter uma irmã que possui problemas de saúde (“a minha irmã que e mais velha que eu tem,”- linha 276) e, na segunda, menciona o fato de a irmã não realizar nenhum tipo de acompanhamento médico (“mas não trata.” – linhas 276-277).

Na linha 278, a médica não toma o turno, produzindo, apenas, um continuador, por meio do qual sinaliza haver recebido a fala do paciente “mhm.” –vlinha 278)

Dessa forma, o paciente toma o turno e realiza uma pós-expansão da sequência, fornecendo insumos ao relato iniciado nas linhas 276-277, demonstrando haver compreendido o continuador da médica como um convite à expansão do seu relato. Isto é, nesse turno de fala, ele, primeiro, informa à médica o diagnóstico da irmã e, em um segundo momento, coloca em xeque que ela não realiza nenhuma espécie de tratamento (“eu acho que ela é bipolar, mas ela não trata não.” – linhas 279-280).

Dado que houve lugar relevante para a transição e a médica não tomou o turno, e o falante corrente se autosselecionou, linha 281, a interação segue com uma pausa de quatro segundos, após a qual, por autosseleção, o paciente realiza uma nova pós-expansão, a partir da qual, acrescenta insumos ao seu relato, o fato de a irmã possuir um comportamento agressivo em relação à mãe, com quem mora (“meio agressiva com a minha mãe mas mora com ela e tal.” – linha 282-283).

Em seguida, a médica não toma o turno e nem o paciente se autosseleciona, gerando uma pausa de 0.26 segundos, linha 284. Como é possível observar na transcrição, a médica, nesse momento, está realizando anotações no prontuário.

Nesse sentido, o fragmento é encerrado com a pausa, o que parece demonstrar que o paciente considera as informações fornecidas como suficientes para responder ao que a médica lhe havia solicitado. Da mesma forma, após anotar as informações do paciente no prontuário, a médica toma o turno e dá início a outro tópico, demonstrando, assim, estar satisfeita com as informações recebidas, linhas 285-287 (“essa ansiedade, você chega a sentir alguma coisa no corpo quando fica preocupa:do com me::do?” –linhas 285-287).

**EXCERTO 06**

A médica introduz o tópico religiosidade.

**[EP, 2014, 220-237]**

- 220 Médica mhm.e questão de religião lá na sua família  
 221 você tem algumacrê:nça, tem alguma coisa?  
 222 Paciente [a: ]  
 223 Médica [assim]  
 224 Paciente eu não sou muito apegado não mas normalmente  
 225 sabe quando vai é na igreja católica ( )  
 226 falo que é católico, mas ninguém num-  
 227 frequente- frequentante não.  
 → 228 Médica frequenta muito não?,  
 229 Paciente assíduo não.  
 → 230 Médica mas você acredi:ta?  
 231 Paciente a: a minha filha que vai ma:is e tal perto da  
 232 nossa ca:sa eu as vezes vou- vou com ela mas é  
 233 difícil.  
 → 234 Médica mhm.  
 235 Paciente mas acredito sim.  
 → 236 Médica mhm.  
 237 Paciente mhm.

No fragmento acima, ao proferir uma pergunta, localmente produzida da posição de PPP, e por meio de entoação ascendente, a médica solicita que o paciente informe sobre a potencial existência de uma prática religiosa desenvolvida pela família (“e questão de religião lá na sua família você tem alguma cre:nça, tem alguma coisa?”-linhas 200-221).

Em seguida, dado que houve lugar relevante para a transição sinalizado pela completude sintática, prosódica e pragmática do turno da médica, o paciente toma o turno e, em resposta ao pedido de informação da médica, dá início à sua resposta (“[a:]”- linha 222). Contudo, nesse momento, como pode ser observado na transcrição, ocorre uma curta sobreposição de fala devido à produção, pela médica, de uma nova UCT (“[assim]” – linha 223).

Na linha 224, a interação segue com, após a sobreposição, o paciente se mantendo com o turno de fala, no qual responde ao pedido de informação da médica. Nele, o paciente explicita o fato de exercer uma atividade religiosa frequente(“eu não sou muito apegado não mas normalmente sabe quando vai é na igreja católica ( ) falo que é católico, mas ninguém num- frequente- frequentante não.” – linhas 231-233).

Dado que houve lugar relevante para a transição, a médica toma o turno e realiza uma nova pergunta, cujo conteúdo retoma o turno precedente do paciente (“frequenta muito não?”, – linha 228). Tal pergunta parece ter como objetivo levar o paciente se comprometer com a informação oferecida, em seu turno anterior.

Em seguida, em resposta à pergunta da médica, o paciente produz um novo turno de fala, no qual sustenta o fato de não ir à igreja sistematicamente (“assíduo não.”- linha 229).

Na linha 230, a médica toma o turno e, por meio de uma *follow-upquestion*, solicita que o paciente confirme se ele, apesar de não frequentar os encontros religiosos com frequência, acredita (“mas você acredita?” – linhas 230).

Posteriormente, Na linha 231, em resposta ao pedido de confirmação da médica, o paciente produz um novo turno de fala, no qual explicita o fato de suas idas à igreja estarem relacionadas à presença da filha (“a: a minha filha que vai mais e tal perto da nossa casa eu as vezes vou- vou com ela mas é difícil.”- linhas 231-233), não confirmando, portanto, sua crença. É interessante observar que, em seguida, a médica produz continuador, (“mhm.” - linha 234), por meio do qual parece sinalizar o recebimento da fala do paciente e, dessa forma, ao não tomar o turno, ela dá abertura para que ele continue produzindo mais fala.

Como pode ser observado na transcrição, na linha 235, o paciente toma o turno e, só então, responde ao pedido de informação da médica, isto é, o fato de ele crer (“mas acredito sim.”- linha235).

Posteriormente ao turno do paciente, a médica produz um novo continuador, por meio do qual encerra a sequência, dado que obteve a confirmação do que havia solicitado - (“mhm.” – linha 236).

Na linha237, o paciente profere, também, um continuador, através do qual parece sinalizar que forneceu a informação que lhe havia sido solicitada, aceitando, portanto, o encerramento da sequência.

## **EXCERTO 07**

A médica aborda o tópico depressão.

**[EP, 2014, 189-205]**

190 muito inte::nsa de não querer fazer as  
 191 co::isas?  
 192 Paciente não.  
 → 193 Médica **não?**,  
 194 Paciente exatamente não tenho uma tia que tem- apresenta  
 195 quadro assim parente da minha mãe, mas eu  
 196 nunca na[o].  
 → 197 Médica [a].  
 198 **sua tia tem o que você sabe?**  
 199 Paciente a: não. sinceramente não. ela tem transtorno  
 200 mas eu não sei exatamente o que é não. o  
 201 pessoal até esconde um pouco ela mora em  
 202 carlimi::nha e tal.  
 → 203 Médica **mhm.**  
 204 Paciente então, a gente não lida com ela não.  
 205 (0.2)

No excerto acima, por meio de uma pergunta polar do tipo sim/não, a médica solicita que fale sobre potenciais picos de depressão passada (“chegou a ter episódios na vida de tristeza muito inte::nsa de não querer fazer as co::isas?”- linhas 189-191). Posteriormente, dado que houve lugar relevante para a transição, sinalizado pela completude prosódica, sintática e pragmática do turno da médica, o paciente, em resposta ao pedido de informação, produz, em uma UCT do tipo lexical, uma resposta, na qual nega fato de haver tido picos de tristeza profunda (“não.” – linha 193).

Na linha 194, ocorre uma expansão por inserção pós-primeira, isto é, nesse momento, é possível observar um início de reparo iniciado pela médica, através do qual, ela parece sinalizar que houve um problema de entendimento/escuta (“não?”, – linha 193). No turno imediatamente posterior, o paciente constrói seu turno de fala, através da elocução, cinco UCTs. Na primeira, do tipo clausal, a fala é, de fato, reparada (“exatamente não” – linha 195); na segunda e na terceira, ele acrescenta o fato de ter uma tia que apresenta o quadro descrito pela médica (“tenho uma tia que tem- apresenta quadro assim,” – linhas 195-196); na quarta, ele destaca o fato de sua tia (“parente da minha mãe,” – linha 196) e, na última (“mas eu nunca não.” – linha 197”), ele ratifica seu turno de fala produzido na linha 193.

Em seguida, na linha 198, a partir da informação fornecida pelo paciente, isto é, o fato de ele ter uma tia que apresenta um quadro de tristeza intensa, a médica produz uma nova pergunta do tipo sim/não, cujo objetivo é se aprofundar o histórico familiar (“a sua tia tem o que você sabe?” – linha 198),

Nesse momento da interação, dado que houve lugar relevante para a transição, o paciente toma o turno e, em resposta ao pedido de informação da médica, fornece uma resposta, na qual explicita o fato de não possuir informações específicas sobre o quadro de sua

tia, visto que ela mora em outra cidade e que os familiares ocultam tal problema (“mas eu não sei exatamente o que é não. o pessoal até esconde um pouco ela mora em carlimi::nha e tal.” –linhas 199-202).

Na linha 203, a médica produz uma UCT do tipo lexical, a partícula “mhm”, através da qual parece propor o encerramento da sequência (“mhm.” – linha 203). Nesse momento, tal partícula parece desempenhar a mesma função da partícula “ok”.

Como pode ser observado na transcrição, na linha 204, o paciente conclui seu relato explicitando que não tem contato com a tia (“então, a gente não lida com ela não.” – linha 204).

Como sinalizado na linha 205, o fragmento é encerrado com uma micro pausa “0.2”, momento em que a médica anota as informações fornecidas pelo paciente, no prontuário.

## EXCERTO 08

A médica dá início ao tópico psicoterapia.

### [EP12, 2014, 331-359]

- |   |     |          |   |
|---|-----|----------|---|
| → | 331 | Médica   | mhm. quanto tempo você ficou saindo de colete   |
|   | 332 |          | com a arma?                                     |
|   | 333 | Paciente | a: só uns seis meses menos de um ano.           |
| → | 334 | Médica   | mhm. chegou a iniciar alguma terapia com        |
|   | 335 |          | psicólogo, psicoterapeuta?                      |
|   | 336 | Paciente | não.  |
| → | 337 | Médica   | não.  |
|   | 338 | Paciente | na época que ocorreu o acidente- o esse         |
|   | 339 |          | problema eu tive problema com a empresa que era |
|   | 340 |          | terceirizada. eu fiquei muito tempo eles        |
|   | 341 |          | desconfiando. ainda não me pagaram, eu fiquei   |
|   | 342 |          | sem receber rescisão e até que a empresa abriu  |
|   | 343 |          | licitação, colocou outra, eu fiquei um período  |
|   | 344 |          | sem receber e a outra empresa me absorveu numa  |
|   | 345 |          | boa e tal e eu achei que fosse melhorar só que  |
|   | 346 |          | que também foi acontecendo só que a gente num-  |
|   | 347 |          | não sabia o que que eu podia fazer para         |
|   | 348 |          | melhorar como eu ano tinha cabeça para procurar |
|   | 349 |          | uma terapia.                                    |
| → | 350 | Médica   | mhm.  |
|   | 351 | Paciente | e foi acontecendo aí eu fui passando as         |
|   | 352 |          | dificuldades, aí depois fui absorvido de novo,  |
|   | 353 |          | troquei o horário, aí eu falei agora vai        |
|   | 354 |          | melhorar tal. aí eu vi que de cinco às sete era |
|   | 355 |          | perigoso mais eu ficar ali naquele ambiente no  |
|   | 356 |          | mesmo local que passava o dia as mesmas coisas  |
|   | 357 |          | e tal. e aí vai acontecendo então não foi nada. |
|   | 358 | Médica   | hoje em dia costuma voltar na sua cabeça cenas  |
|   | 359 |          | do dia?   |

No fragmento de fala acima, após realizar o encerramento da sequência anterior (“mhm.” – linha 334), a médica abre um novo tópico, no qual busca obter informação a respeito de um potencial acompanhamento realizado pelo paciente com um psicoterapeuta ou com um psicólogo. Para tanto, ela realiza uma pergunta, localmente produzida na posição de PPP (“chegou a iniciar alguma terapia com psicólogo, psicoterapeuta?” – linha 334-335).

Na linha 333, em resposta ao pedido de informação da médica, o paciente, na posição de SSP, fornece uma resposta, construída em uma UCT do tipo lexical, na qual nega haver iniciado acompanhamento de natureza psicológica, após o incidente (“não.” - linha 336).

Na linha 337, ocorre uma expansão por inserção pós-primeira, isto é, nesse momento, é possível observar um início de reparo iniciado pela médica, através do qual, ela parece sinalizar que houve um problema de entendimento/escuta (“não?,” – linha 337).

Posteriormente, como pode ser observado na transcrição, o paciente toma o turno, e entre as linhas 338 e 349, amplia a informação de seu turno precedente produzido na linha 336, explicitando para a médica os problemas que enfrentou com a empresa, nos momentos de precederem o incidente. Ou seja, tal turno tem como objetivo apresentar os motivos pelos quais não iniciou nenhum acompanhamento de natureza psicológica, após o assalto (“na época que ocorreu o acidente- o esse problema eu tive problema com a empresa que era terceirizada. eu fiquei muito tempo eles desconfiando. ainda não me pagaram, eu fiquei sem receber rescisão e até que a empresa abriu licitação, colocou outra, eu fiquei um período sem receber e a outra empresa me absorveu numa boa e tal e eu achei que fosse melhorar só que que também foi acontecendo só que a gente num- não sabia o que que eu podia fazer para melhorar como eu ano tinha cabeça para procurar uma terapia.” – linhas 338-349).

Na linha 350, a médica produz uma vocalização, a partícula “mhm”, por meio da qual, parece sinalizar haver recebido a fala do paciente e, assim, estar participando da construção do relato do paciente.

Na transcrição, na linha 351, o paciente dá continuidade à produção do seu relato. Nesse momento da interação, é possível observar que ele produz uma série de *accounts*, por meio das quais, justifica para a médica o motivo de ele não haver buscado auxílio terapêutico, após o incidente (“e foi acontecendo, aí eu fui passando as dificuldades, aí depois fui absorvido de novo, troquei o horário, aí eu falei agora vai melhorar tal. aí eu vi que de cinco às sete era perigoso mais eu ficar ali

naquele ambiente no mesmo local que passava o dia as mesmas coisas e tal. e aí vai acontecendo então não foi nada.” – linha 351-357).

Como é possível observar na transcrição, a sequência é encerrada com a fala do paciente após a qual, a médica explora um novo tópico, o incidente.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa dissertação, propusemo-nos, centralmente, compreender melhor a fase da toada do tomado do histórico realizada por uma médica residente de nível um - R1- em uma entrevista psiquiátrica de primeira vez, de um ambulatório psiquiátrico que funciona dentro de Centro de Atenção Psicossocial vinculado ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Para tanto, mapeamos as práticas sequenciais utilizadas para a tomada do histórico do paciente. Fez parte desse trabalho, também, a descrição das fases da entrevista médica psiquiátrica. Baseando-nos em dados reais de fala-em-interação, apresentamos uma visão interacional das fases do encontro, em contraste com a visão prescritiva consagrada na literatura especializada.

Em um primeiro momento, visitamos dois manuais clássicos de Psiquiatria, a fim de compreender a forma global do encontro descrita neles. A partir de então, mapeamos as fases de nossa entrevista psiquiátrica. Nesse momento de nossa pesquisa, foi possível observar que a nossa proposta de fases divergia daquilo que estava prescrito nos manuais, não só pelo número de fases (oito) – abertura – apresentação do problema – tomada do histórico – avaliação do caso e encaminhamento – negociação e prescrição da medicação – recomendação do tratamento – realização do laudo – encerramento –, mas também pelo caráter descritivo dessa pesquisa.

Em nosso segundo momento, durante a fase da tomada do histórico, o mapeamento das práticas conversacionais contribuiu para mostrar que o *evento social*, desenvolvido no ambulatório HU se caracteriza por um jogo de pergunta e resposta, no qual a médica, na maior parte do tempo, realiza as perguntas, e o paciente produz as respostas, a fim de atingir uma determinada meta institucional – a tentativa de entender o problema do paciente.

Pautamo-nos, aqui, nos pressupostos teórico-metodológicos da Análise da Conversa Etnometodológica (ACe), através dos quais foi possível realizar uma análise qualitativa dos dados, tornando, possível interpretar as ações co-construídas, intersubjetivamente, entre a médica e o paciente.

Considerando a orientação dos participantes para o desenvolvimento de atividades destinadas à meta do encontro, buscamos responder, no decorrer da nossa análise, às seguintes perguntas:

1. *Como a médica faz a tomada do histórico?*

Para a tomada do histórico do paciente, a médica utiliza como estratégia discursiva, a produção de perguntas de caráter informativo e confirmativo e, também, perguntas resumitivas do que foi dito pelo paciente. Através dessas estratégias, que refletem as informações oferecidas pelo paciente ao longo do encontro, ela organiza e gerencia o evento.

2. *Que práticas conversacionais são mobilizadas para a tomada do histórico?*

Optamos por recortar nossos dados de acordo com tópicos conversacionais que apareceram durante o encontro, pois acreditamos que, através dessa escolha metodológica, foi possível dar uma maior visibilidade ao objetivo da fase estudada.

Durante a análise de dados, foi possível identificar cinco práticas conversacionais mobilizadas pela médica, para a tomada do histórico do paciente.

Uso de:

1. **Perguntas abertas do tipo sim/não.**
2. **Formulações.**
3. **Partícula “mhm”.**
4. ***Follow-up questions* – perguntas complementares.**
5. **Repetições da fala do paciente.**

3. *Como essas práticas podem se relacionar a questões mais amplas de saúde mental?*

Em nossos dados, as perguntas do tipo sim/não receberam tanto respostas mínimas – sim e não – como, foi possível, em alguns momentos, além dessa unidade lexical, foi possível observar a presença de informações adicionais, o que implicou a pós-expansão da sequência. Da mesma forma, essa estratégia possibilitou que a médica obtivesse informações importantes para a consecução da meta-fim do encontro.

A segunda prática – o uso de formulações – contribuiu para que a médica realizasse a checagem das informações disponibilizadas pelo paciente.

Em nossos dados, a ocorrência da terceira estratégia conversacional – a vocalização da partícula “mhm” – parece agrupar-se três funções:

1. Desempenha a função de continuador, criando para o paciente a oportunidade para a produção de novos turnos de fala.

2. Funciona como um elemento de recibo de fala, através do qual a médica sinaliza que recebeu a fala do paciente. Assim, a partícula “mhm” possui, semanticamente, a mesma função da partícula “sim”.
3. Realiza o encerramento de sequências, o que nos permite concluir que, nessa terceira função, o “mhm”, em nossos dados, pode ser compreendido como um “ok”.

É interessante pontuar que, na primeira função acima –continuador –, a médica criou condições necessárias para que o paciente produzisse novos turnos de fala, expandindo, portanto, o seu relato, o que implica o aumento do fluxo de informação oferecido, durante a fase. Ao ceder o piso conversacional, ela demonstra orientar-se para o objetivo da fase, realizar a tomada do histórico do paciente. Tal conduta auxilia na construção do relato do paciente, o que implica dizer que ela desempenha uma atitude participativa/colaborativa para a construção das histórias.

Por meio da quarta prática – *as follow-up questions* ou perguntas complementares e – a médica aprofundou-se nas informações trazidas pelo paciente, explorando os tópicos e esclarecendo as informações fornecidas. Ademais, é possível concluir que, ao lançar mão dessa estratégia, ela demonstrou estar atenta ao processo de co-construção da interação, além de orientar-se para a realização das metas da consulta.

A quinta prática conversacional - **Repetições da fala do paciente** – possibilitou que a médica realizasse a checagem das informações que constam no prontuário do paciente

Em seu estudo clássico, Mishler (1984) propõe o encontro médico, baseando-se em dois conceitos, a *voz da medicina* e a *voz do cotidiano*, ambos introduzidos no capítulo teórico desse trabalho. Em nossa análise, foi possível perceber que a médica, por vezes, assume o discurso científico, técnico, desenvolvendo um script próprio que a possibilita realizar a tomada do histórico e apropriando-se, pois, do que o autor denominou “voz da medicina”. Da mesma forma, em alguns momentos, ela ancora-se na “voz do cotidiano”, na medida em que coopera com as construções discursivas do paciente, isto é, nos momentos em que ele coloca em xeque suas experiências cotidianas. Tais considerações permitem-nos ponderar que, em nossos dados, diferentemente do que é apresentado por Mishler (1984), “a voz do cotidiano” e “a voz da medicina” estiveram presentes no discurso médico, coexistindo, com vistas a alcançar o objetivo da fase. Tal coexistência traduz uma postura ouvinte da médica, uma vez que cria espaço para que o paciente construa suas histórias, trazendo ao consultório as suas experiências subjetivas, os seus sofrimentos, o seu mundo cotidiano.

Assumindo que a relação entre médico e paciente constitui o cerne para a construção do diagnóstico, bem como para a realização da aliança terapêutica, acreditamos que essa pesquisa possa contribuir para a compreensão do discurso profissional, pois disponibiliza um entendimento discursivo da co-construção da entrevista psiquiátrica. Ao se compreender melhor a dinâmica interacional estabelecida no aqui-e-agora desse tipo de interação institucional, é possível se trabalhar os problemas de comunicação que, eventualmente, venham a surgir durante o evento, proporcionando um atendimento linguisticamente mais sensível e mais apurado para o tratamento da saúde mental.

A partir da análise dos excertos dessa entrevista psiquiátrica, foi possível, também, compreender um novo paradigma, no qual a médica se insere. Nele, valoriza-se a aproximação entre médico e paciente, o que parece garantir o reconhecimento do discurso deste. Nessa perspectiva, a consulta estudada aqui espelha uma nova forma de atendimento psiquiátrico, afastando-se dos modelos tradicionais, nos quais a relação médico-paciente baseia-se, sobretudo, com a “voz da medicina” prevalecendo sobre “voz do cotidiano”.

Através de uma prática de valorização da subjetividade e das construções do paciente, acredita-se ser possível a criação das condições necessárias para sua reintegração social. É nessa direção que a Análise da Conversa Etnometodológica, auxiliando-se dos pressupostos teórico-metodológicos das Linguística Aplicada das Profissões (SARANGI, 2006), pode fornecer os instrumentos necessários para uma melhor relação entre médico e paciente, na medida em que se apresenta como uma ferramenta elucidativa para a compreensão das realizações subjetivas dos participantes, o que implica um contato mais enriquecedor e uma comunicação mais efetiva.

## 7. REFERÊNCIAS

- BULLA, Gabriela S. A realização de atividades pedagógicas colaborativas em sala de aula de português como língua estrangeira. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Letras, UFRGS, 2007.
- Deppermann, Arnulf; Spranz-Fogasy, Thomas. Doctors questions as displays of understanding. In: *Communication & Medicine*, Volume 8(2), 2011, p. 111–124.
- DREW, P.; HERITAGE, J. Analysing talk at work: An introduction. In: \_\_\_\_\_. (Eds.). *Talk at work: Interaction in Institutional Settings*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992a. p. 03-65.
- GARFINKEL, H., *Studies in ethnomethodology*. Oxford: Blackwell, 1967.
- GAGO, P.C. A organização sequencial da conversa. *Revista Calidoscopio*, v. 03, n. 2, p.61-73, maio/ago. 2005.
- GAGO, P. M.; SILVEIRA, S. B. Question-answer sequences in conciliation hearings and interviews with political candidates. *Estudos de Sociolinguística*. vol. 7, nº 1, p. 83-99, 2006.
- GARCEZ, P.M. *Interacao e Discurso: Estudos na perspectiva da Sociolinguística Interacional. Formas institucionais de fala-em-interação e conversa cotidiana: elementos para a distinção a partir da atividade de argumentar*. Palavra, Rio de Janeiro: Editora Trarepa, v. 8, p. 54-73, 2002.
- Heritage, J.C. and Roth, A.L. ‘Grammar and Institutions: Questions and Questioning in the Broadcast News Interview’, *Research on Language and Social Interaction* v. 28, 1995, p. 1–60.
- HARRIS, Sandra. Questions as a mode of control in magistrates’ courtes. *International Journal of the Sociology of Language*. vol. 49, p. 5-57, jan. 1984
- Harvey Sacks. *Opening Up Closings*. *Semiotica* 8(4), 1973, p. 289–327.

HERITAGE, J. Conversation Analysis and Institutional Talk: Analysing Data. In: SILVERMAN, D. (Ed.). *Qualitative Research: Theory, method and Practice*. London: Sage Publications, 1997. p.161-182.

Heritage, J., & Robinson, J. D. The structure of patients' presenting concerns: Physicians' opening questions. *Health Communication* 19, 2006, 89–102.

HERITAGE, John C. Etnometodologia. In: GIDDENS, Anthony; TURNER, Jonathan (Org.) *Teoria Social Hoje*. Trad. Gilson César C. de Sousa. São Paulo: UNESP, 1999.

HERITAGE, J. The limits of questioning: Negative interrogatives and hostile questions content. *Journal of Pragmatics*. Los Angeles – CA, 34, 1427-46, 2002. Disponível em <<http://www.researchgate.net/publication/222659058>>. Acesso em 8 fev. de 2015.

Heritage, J. Questioning in medicine. In A. Freed & S. Ehrlich (Eds.), "Why do you ask?": The function of questions in institutional discourse (pp. 42–68). New York, NY: Oxford University Press, 2010.

Heritage J; Clayman, S. Talk in Action: Interactions, Identities and Institutions, In: *Discourse & Communication*, May 2012, v.6 p. 243-246.

HUTCHBY, I. ; WOOLFFITT, R. What is Conversation Analysis? In: \_\_\_\_\_. *Conversation Analysis*. Cambridge: Polity Press, 1998. p.13-37.

Koshik, Irene. "Questions and Questioning." *The International Encyclopedia of Communication*. Malden, MA: Blackwell, 2008.

Koshik, Irene. "Questions and Other Prompts in Teacher-Student Conferences." "Why Do You Ask?": The Function of Questions in Institutional Discourse. Ed. Alice Freed. Oxford: Oxford University Press, 2009. 159-186

Elizabeth Couper-Kuhlen. Some truths and untruths about final intonation in conversational questions. In: *Questions: Formal, functional and interactional perspectives*. Jan P. de Ruiter, ed., Cambridge, U.K., Cambridge University Press, 2012, p. 123-145.

Freed, Alice; Ehrlich, Susan. The Function of Questions in Institutional Discourse. In: A. Freed and S. Ehrlich (eds.) "Why Do You Ask?": The Function of Questions in Institutional Discourse. Oxford: Oxford University Press, 2009.

Labov, W; Fanshel, D. Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation. New York, NY: Academic Press, 1977.

LADEIRA, WaniaTerezinha . Estratégias Discursivo-interacionais de reformulação em contexto de trabalho. Glauks ONLINE, v. 14, p. 01-25, 2014.

LODER, L. L. Investindo no conflito: a correção pelo outro construindo discordâncias agravadas. Porto Alegre, 2006. 157p. Dissertação (Mestrado em Letras) – Instituto de Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MAYNARD, D. W. Inside Plea Bargaining: The Language of Negotiation. New York: Plenum, 1984. cap. 2, 8 e 9, p. 29-53, 165-200, 201-208.

MISHLER, E.G. 1984. The discourse of medicine. Norwood, Ablex, 211 p.

Negreiros, Cláudia Landin Linguagem e saúde mental: um olhar dialógico nas oficinas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS / Cláudia Landin Negreiros. – 2008. 166 p.

Raymond, Geoffrey. [Grammar and Social Relations](#). In A. Freed and S. Ehrlich (eds.) "Why Do You Ask?": The Function of Questions in Institutional Discourse. Oxford: Oxford University Press, 2009.

Sidnell, Jack. [The Design and Positioning of Questions in Inquiry Testimony](#). In A. Freed and S. Ehrlich (eds.) "Why Do You Ask?": The Function of Questions in Institutional Discourse. Oxford: Oxford University Press, 2009.

SACKS, H.; SCHEGLOFF, E. A.; JEFFERSON, G. Sistemática elementar para a organização da tomada de turnos para a conversa. Revista Veredas de Estudos Linguísticos, v. 7, n. 2, p.

01-67, jan/dez. 2003. Tradução do original: 1974. A Simplest Systematics for the Organization of Turn Taking for Conversation. *Language*, v. 50, n. 4, p. 696-735.

Sacks, H. (1992a) *Lectures on Conversation*, Vol. 1. Blackwell, Oxford.

Sarangi, S. The spatial and temporal dimensions of reflective questions in genetic counselling. In A. Freed and S. Ehrlich (eds.) "Why Do You Ask?": The Function of Questions in Institutional Discourse. Oxford: Oxford University Press, 2009, p. 235-255.

Silva, Maurício Carlos da. A construção conjunta do conhecimento : uma análise Da fala-em-interação em sala da aula a partir da organização sequencial de perguntas e respostas / Maurício Carlos da Silva. – Viçosa, MG, 2014, 142f.

SCHEGLOFF , E. Sequence organization. Cambridge: Cambridge University Press. (ms., Department of Sociology, UCLA, 1995.

SCHEGLOFF, E..Sequence organization in interaction: A primer in conversation analysis. Cambridge, Cambridge University Press, vol. 1, 2007, 300 p.

TRACY, K.; ROBLES, J. Questions, questions and institutional practices: an introduction. *Discourse Studies*, vol. 11, nº 2, p. 131-152, abril 2009. Disponível em <<http://dis.sagepub.com/cgi/content/abstract/11/2/131>>. Acesso em fev. de 2015.

ZUARDI A. W. ; LOUREIRO S. R. *Semiologia Psiquiátrica*. *Medicina*, v. 29, p. 44 – 53, jan./ mar., 1996

## **8. ANEXOS**



**II – FOLHA DE COMPARECIMENTO**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - Feira Hora: \_\_\_:\_\_\_

Setor: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_

CBO: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_



RELATORIO DE CONSULTA		PACIENTE	Procedimento
Pront.:	NOME:		<input type="checkbox"/> 1ª Consulta <input type="checkbox"/> Retorno
D. Nasc.:	CNS:		
Munic.:			
Raça:	ASS.:		
<b>Procedimento</b>			
Pront.:	NOME:		<input type="checkbox"/> 1ª Consulta <input type="checkbox"/> Retorno
D. Nasc.:	CNS:		
Munic.:			
Raça:	ASS.:		
<b>Procedimento</b>			
Pront.:	NOME:		<input type="checkbox"/> 1ª Consulta <input type="checkbox"/> Retorno
D. Nasc.:	CNS:		
Munic.:			
Raça:	ASS.:		
<b>Procedimento</b>			
Pront.:	NOME:		<input type="checkbox"/> 1ª Consulta <input type="checkbox"/> Retorno
D. Nasc.:	CNS:		
Munic.:			
Raça:	ASS.:		
<b>Procedimento</b>			
Pront.:	NOME:		<input type="checkbox"/> 1ª Consulta <input type="checkbox"/> Retorno
D. Nasc.:	CNS:		
Munic.:			
Raça:	ASS.:		
<b>Procedimento</b>			
Pront.:	NOME:		<input type="checkbox"/> 1ª Consulta <input type="checkbox"/> Retorno
D. Nasc.:	CNS:		
Munic.:			
Raça:	ASS.:		
<b>Procedimento</b>			
Pront.:	NOME:		<input type="checkbox"/> 1ª Consulta <input type="checkbox"/> Retorno
D. Nasc.:	CNS:		
Munic.:			
Raça:	ASS.:		
<b>Procedimento</b>			
Pront.:	NOME:		<input type="checkbox"/> 1ª Consulta <input type="checkbox"/> Retorno
D. Nasc.:	CNS:		
Munic.:			
Raça:	ASS.:		
<b>Procedimento</b>			

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA / CARIMBO

### **III- NOTAS DE CAMPO CP12**

**MESTRADO EM LINGUÍSTICA – UFJF**

**RAFAEL JEFFERSON FERNANDES**

**GERAÇÃO DE DADOS CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA.**

#### **NOTAS DE CAMPO**

**1. TÍTULO DA ENTREVISTA PSQUIÁTRICA: EP12 - ASSALTO**

**2. DATA DA ENTREVISTA:** 13 de Agosto de 2015.

**3. RESUMO:** O paciente sofreu um acidente, enquanto trabalhava, há três anos.

**4. PARTICIPANTES RATIFICADOS:** Médica (Kátia), Paciente (Kauan), Médica da UBS (Cleuza), pesquisador.

#### **5. INFORMAÇÕES RELEVANTES:**

Paciente se emociona e chora.

Paciente entrega exames para a médica.

Médica entrega receituário e cartão de acompanhamento.

Médica entrega cartões com contatos para a terapia.

Médica entrega declaração de tratamento.

Médica marca retorno.

#### **IV – ROTEIRO SOBRE RESIDENTES**

**MESTRADO EM LINGUÍSTICA – UFJF  
RAFAEL JEFFERSON FERNANDES  
GERAÇÃO DE DADOS CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA.**

- 1. Você tem quantos anos?**
- 2. Há quanto tempo você está no CAPS?**
- 3. Você trabalha em algum outro lugar?**
- 4. Você se identifica com alguma outra vertente da psiquiatria?**

## **V- ROTEIRO PÓS-CONSULTA**

**MESTRADO EM LINGUÍSTICA – UFJF  
RAFAEL JEFFERSON FERNANDES  
GERAÇÃO DE DADOS CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA.**

- 1. O que te chamou mais atenção nesse caso?**
- 2. O que foi mais difícil para você, durante esse atendimento?**



## VII - DECLARAÇÃO DE TRATAMENTO

	
<p>Universidade Federal de Juiz de Fora Hospital Universitário - CAS Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica</p>	
<p><b><u>Declaração de Tratamento</u></b></p>	
<p>Declaro, em conformidade com os Capítulos IX, X e XI do Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, edição de 2003), que o Sr. (a Sra.)</p>	
<p>_____</p>	
<p>encontra-se em tratamento neste Serviço desde     /     /</p>	
<p>CID 10: _____</p>	
<p>(Somente por solicitação do paciente ou seu responsável legal).</p>	
<p>Assinatura do solicitante: _____</p>	
<p>Data:     /     /</p>	<p>_____</p>
	<p>Assinatura e carimbo médicos.</p>

**VIII - ENCAMINHAMENTO PARA PSICOLOGIA**



Universidade Federal de Juiz de Fora  
Hospital Universitário  
Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica  
3690 - 7022

Encaminhamento: \_\_\_\_\_

Solicito, por gentileza, avaliação do Sr.(da Sra.):

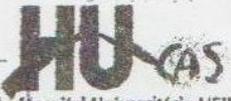
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Muito Obrigado (a). Ao seu dispor.    /    /

### IX – PEDIDO DE EXAMES COMPLEMENTARES

	<b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU/UFJF</b>	
<b>Exames Complementares de Média Complexidade</b>		
UNIDADE SOLICITANTE: _____		
NOME DO PACIENTE: _____		
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: ____ CARTÃO SUS: _____		
INDICAÇÃO: _____		
PRÉ-REQUISITOS (exames realizados): _____		
MATERIAL A EXAMINAR: _____		
EXAMES SOLICITADOS: _____		
_____		
_____		
_____		
DATA DOS ÚLTIMOS EXAMES REALIZADOS: ____/____/____ <small>(OS MESMOS EXAMES)</small>		
DATA: ____/____/____		_____
		ASSINATURA/CARIMBO COM ESPECIALIDADE
<i>OBS.: Pedido incompleto, incorreto, ilegível ou médico não autorizado, será devolvido através do paciente.</i>		

**X – RECEITUÁRIO CAPSHU/UFJF**

 **UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA** 

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**  
Hospital Universitário UFJF

**Serviço de Ginecologia e Psicologia Médica**  
Unidade II - Rua Eugênio do Nascimento, s/n - Dom Bosco - Juiz de Fora - MG  
Telefax: (35) 4009-5200 / 4009-5100

**Centro de Atenção Psicossocial CAPS**  
**RECEITUÁRIO HOSPITALAR**  
**HU/UFJF**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura / Carimbo Médico

( Válido somente com Assinatura e Carimbo do CRM de Médico do Corpo Clínico do HU/UFJF)

Origem: Setores HU	Destino: Paciente do HU/UFJF	Nº vias: 01
--------------------	------------------------------	-------------

**XI – FICHA DE ANAMNESE**

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	 HU-UFJF Hospital Universitário UFJF
<b>SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA – HU – UFJF</b>	
<b>Ficha de Anamnese</b>	
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	
NOME: _____	SEXO: M ( ) F ( )
NOME DA MÃE: _____	
LOCAL/DATA DE NASCIMENTO: _____ / ____ / ____	
CPF: _____	IDENTIDADE: _____
NÚMERO DO CARTÃO SUS: _____	
ENDEREÇO: _____ Nº: _____	
BAIRRO: _____ TELEFONE: _____	
ETNIA: _____	RELIGIÃO: _____
ESCOLARIDADE: _____	
ESTADO CIVIL: _____ SITUAÇÃO TRABALHISTA: _____	
<b>ENTREVISTA CLÍNICA</b>	
1 – QUEIXA PRINCIPAL:	
2 – HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:	

(Continuação da HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL)

2.1 - História da doença atual

2.2 - Diagnóstico

2.3 - Evolução da doença

2.4 - Tratamento

2.5 - Estado atual

3 - PASSADO PSIQUIÁTRICO E HISTÓRIA MÉDICA GERAL:

3.1 - História da doença

3.2 - História da doença

3.3 - História da doença

3.4 - História da doença

3.5 - História da doença

4 - HISTÓRIA FAMILIAR:

4.1 - História da doença

4.2 - História da doença

4.3 - História da doença

4.4 - História da doença

4.5 - História da doença

5 - HISTÓRIA PESSOAL, DE DESENVOLVIMENTO E SOCIAL:

5.1 - História da doença

5.2 - História da doença

5.3 - História da doença

5.4 - História da doença

5.5 - História da doença

6 - AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL (EXAME PSÍQUICO):

6.1 - Aparência:

6.2 - Atitude e comportamento:

6.3 - Memória:

6.4 - Consciência ou sensorio:

6.5 - Fala e processos de pensamento:

6.6 - Conteúdo de pensamento:

6.7 - Percepção:

6.8 - Humor e afeto:

6.9 - Insight:

7 - EXAME FÍSICO:

8 - DADOS E EXAMES COMPLEMENTARES:

9 - CONDUTA:

Juiz de Fora, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO MULTIAIXIAL**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**Eixo I: Transtornos Clínicos** (como classificados na CID-10).

**A. Transtornos Mentais**

(transtornos mentais em geral, incluindo transtornos de personalidade e desenvolvimento)

CÓDIGO CID 10


**B. Transtornos Médicos Gerais**

CÓDIGO CID 10


**Eixo II: Incapacidades**

Área da Incapacidade		Escala de incapacidade*						
		0	1	2	3	4	5	D
A	Cuidados pessoais:							
B	Ocupacional (empregado, estudante, etc):							
C	Com família:							
D	Social de forma geral:							

(\*): 0 = Nenhum; 1 = Mínima; 2 = Moderada; 3 = Substancial; 4 = Grave; 5 = Muito grave; D = desconhecida; de acordo com intensidade e frequência da incapacidade recentemente presente.

**Eixo III: Fatores Contextuais** (Problemas psicossociais pertinentes para o surgimento, curso ou tratamento dos transtornos do paciente ou cuidado clínico relevante, bem como problemas pessoais, tais como comportamento perigoso, violento, abusivo, e suicida, que não chegam a caracterizar propriamente um transtorno definido).

Áreas Problemáticas (marque as áreas com problemas significativos e os especifique)

1. Família/Casa:
2. Educação/Trabalho:
3. Econômicos/Legais:
4. Culturais/Ambientais:
5. Pessoais:

**Eixo IV: Qualidade de Vida** (Indicar o nível de qualidade de vida percebido pelo paciente, de péssima a excelente, marque um dos 10 pontos da linha abaixo).

Péssima Excelente

0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

### DIAGNÓSTICO IDIOGRÁFICO

**I Problemas Clínicos e sua contextualização** (Inclui os transtornos, sintomas e problemas, baseados na formulação padronizada multiaxial, bem como informações complementares chaves e a elucidação de mecanismos e fatores contribuintes pertinentes, de perspectivas biológicas, psicológicas, sociais e culturais.)

**II Fatores Positivos do Paciente** (Inclui recursos pertinentes ao tratamento da condição clínica e promoção da saúde, como maturidade da personalidade, habilidades, talentos, recursos sociais e suporte, e aspirações pessoais e espirituais).

**III Expectativas de recuperação e promoção da saúde** (Inclui expectativas específicas em relação aos tipos de tratamento e seus resultados, bem como aspirações sobre o estado de saúde e qualidade de vida no futuro próximo).

**PROJETO TERAPÊUTICO**

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Problemas Alvo	Intervenções	Prazo

Problemas-alvo: mantenha a lista o mais simples possível. Consolidar em um termo abrangente todos os problemas que compartilham a mesma intervenção.

Intervenções: seja o mais específico possível em identificar o tipo de intervenção, assim como a responsabilidade clínica.

TÉCNICO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

## XII - DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA CAPSHU/UFJF

### DECLARAÇÃO

Na qualidade de responsável pela Centro de Apoio Psicossocial do Hospital Universitário da UFJF (Caps HU/UFJF) autorizo a realização de a pesquisa intitulada **A prática de formulação em consultas médicas psiquiátricas: O termômetro de tensão entre duas práticas clínicas** a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador **RAFAEL JEFFERSON FERNANDES** e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

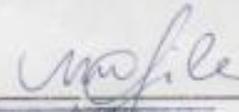
Juiz de Fora, 05 de Jan de 2019.

ASSINATURA \_\_\_\_\_

*Rafael Jefferson Fernandes*  
Dr. Alexandre do Rosário Pinheiro  
Psiquiatra  
CRMJG 41571

Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica  
HU/UFJF  
Centro de Atenção Psicossocial CAPS  
HU/UFJF

### XIII- DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA FACULDADES DE LETRAS/UFJF

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP <b>FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS</b>			
1. Projeto de Pesquisa: A prática de formulação em consultas médicas psiquiátricas: O término de la tarefa entre duas instituições de ensino		2. Número de Participantes da Pesquisa: 28	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 5: Linguística, Letras e Artes			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Rafael Jefferson Fernandes			
6. CPF: 080.396.046-70		7. Endereço (Rua, nº): JOSE DE SOUZA CHAGAS S/Nº - LICENSO JUIZ DE FORA MINAS GERAIS 36061340	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (32) 9806-1312	10. Outro Telefone:
11. Email: rjfern@ufjf.com.br			
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tento ciência que esta ficha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>30</u> / <u>01</u> / <u>14</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PRINCIPAL</b>			
13. Nome: Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF		14. CNPJ:	15. Unidade/Órgão: Faculdade de Letras
16. Telefone: (32) 2102-5788		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>MARTA CRISTINA DA SILVA</u>		CPF: <u>520.882.436-15</u>	
Cargo/Função: <u>DIRETORA - FAC. DE LETRAS</u>			
Data: <u>11</u> / <u>12</u> / <u>2013</u>		 Prof. <sup>a</sup> Dra. Marta Cristina da Silva Diretora - Faculdade de Letras	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

## XIV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a senhora) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **A prática de formulação em consultas médicas psiquiátricas: O termômetro de tensão entre duas práticas clínicas**. Estamos convictos de que a linguagem é uma parte importante do tratamento médico. Por isso, nesta pesquisa, buscamos compreender como o médico faz uso da repetição daquilo que o paciente disse (o que tecnicamente chamamos de *formulação*) nas consultas médicas psiquiátricas. Suspeitamos que médicos façam uso da repetição para promoverem tratamento clínico, sendo, portanto, um elemento importante da clínica. Como benefício de nossa pesquisa, entendemos que ela pode ajudar os médicos psiquiatras a refletirem sobre a relação médico-paciente e pode contribuir, assim, para melhorar o atendimento clínico dos pacientes, ajudando a promover a política do Ministério da Saúde de um atendimento mais eficiente e mais humanizado na área da saúde.

A pesquisa será desenvolvida na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), na Faculdade de Letras, no Programa de Pós-Graduação em Linguística.

Para esta pesquisa, adotaremos os seguintes procedimentos: 1) primeiramente, gravaremos sua consulta na forma de áudio (com um gravador); 2) depois, digitaremos o material gravado em um computador, transformando as suas falas na consulta em texto escrito, marcando fenômenos típicos da linguagem oral, como, por exemplo, as pausas, as pessoas falando ao mesmo tempo, o ritmo da fala; 3) por último, analisaremos a linguagem em si, tendo como foco as repetições feitas pelos médicos.

Nossa avaliação de risco para o participante da nossa pesquisa é de risco mínimo, e consistiria na revelação pública da sua identidade ou de qualquer aspecto da sua identidade que ajude a revelar quem o senhor (a senhora) é. Para evitar esse possível problema, tomamos as seguintes medidas: 1) jamais utilizaremos sobrenomes nas pesquisas; 2) trocaremos todos os nomes

por nomes fictícios de pessoas, lugares e instituições, para impedir que possam servir de base para identificar o senhor (a senhora); 3) jamais revelaremos os nomes reais de quem quer que seja que participa desse estudo; 4) as gravações somente serão utilizadas para passarmos para o computador a sua fala; 5) depois, somente usaremos o texto escrito; 6) sua voz jamais será mostrada em qualquer situação pública; 7) somente o pesquisador e sua equipe terão o direito de ouvir sua voz; 8) o senhor (a senhora) jamais será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar de nossa pesquisa; 9) o uso de qualquer material dessa pesquisa será restrito a propósitos acadêmicos ou pedagógicos. Assim, oferecemos padrões profissionais de sigilo de sua identidade.

A qualquer momento, o senhor (a senhora) pode esclarecer quaisquer dúvidas que por acaso tenha, através dos números de telefone ou email do pesquisador e de sua equipe, fornecidos abaixo. O senhor (a senhora) pode também retirar seu consentimento (a sua autorização), por qualquer motivo, a qualquer hora, de qualquer forma (por telefone, por email, por carta, etc). Para participar deste estudo, o senhor (a senhora) não terá nenhum tipo de custo, mas, se porventura, o tiver, será ressarcido de qualquer valor gasto. Se for comprovado algum dano causado ao senhor (à senhora) por nossa pesquisa, o senhor (a senhora) será devidamente indenizado(a). Quando a pesquisa estiver finalizada, entraremos em contacto com senhor (a senhora) para colocarmos à sua disposição os resultados e explicarmos o que fizemos e a que resultados nós chegamos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo uma cópia arquivada pelo pesquisador responsável, no Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal de Juiz de Fora, e a outra será fornecida ao senhor (senhora). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“A prática de formulação em consultas médicas psiquiátricas: O termômetro de tensão entre duas práticas clínicas”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

---

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

---

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP: 36036-900

FONE: (32) 2102 3788

E-MAIL: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

RAFAEL JEFFERSON FERNANDES

ENDEREÇO: RUA \_\_\_\_\_.

CEP: \_\_\_\_\_ – JUIZ DE FORA, MG

FONE: \_\_\_\_\_

E-MAIL:

MEMBROS DA EQUIPE:

PAULO CORTES GAGO

END: FACULDADE DE LETRAS, RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER, S/N – SÃO PEDRO

CEP: 36036-900 – JUIZ DE FORA, MG

FONE: (32) 2102 3150/2102 3134/ 2102 3135.

E-MAIL:

JUBEL BARRETO

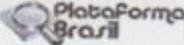
END.: AV

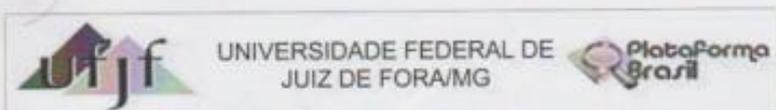
CEP: – JUIZ DE FORA, MG

FONE:

E-MAIL:

## XV- PARECER DE APROVAÇÃO CEP/UFJF

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/MG	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
<b>Título da Pesquisa:</b> A prática de formulação em consultas médicas psiquiátricas: O termômetro de tensão entre duas práticas clínicas		
<b>Pesquisador:</b> Rafael Jefferson Fernandes		
<b>Área Temática:</b>		
<b>Versão:</b> 4		
<b>CAAE:</b> 26071014.7.0000.5147		
<b>Instituição Proponente:</b> Faculdade de Letras		
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
<b>Número do Parecer:</b> 650.617		
<b>Data da Relatoria:</b> 22/05/2014		
<b>Apresentação do Projeto:</b> O estudo proposto é pertinente e tem valor científico.		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b> Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta.		
<b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b> Riscos e benefícios bem caracterizados.		
<b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b> Projeto formulado de forma clara e objetiva.		
<b>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</b> O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.		
<b>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:</b> Possíveis inadequações ou possibilidades de pendência deixam de existir. Diante do exposto, o		
<p>Endereço: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N          Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.038-900          UF: MG Município: JUIZ DE FORA          Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.ajpesq@ufjf.edu.br</p>		
Página 01 de 02		



Contribuição do Parecer: 802.617

projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Outubro de 2014.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e na Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 16 de Maio de 2014

Assinado por:  
Lainer Augusta da Cunha Serrano  
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.056-000  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)2102-3788 E-mail: cep.propes@ufjf.edu.br

