

A DIGRESSÃO NA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

Diana Pinto
UFJF/PUC-RJ

Branca Maria Telles Ribeiro
UFRJ

Introdução

Este estudo insere-se no âmbito das pesquisas realizadas junto ao Projeto Integrado *Contexto e Coerência no Discurso Psicótico* (CNPq/IPUB/UFRJ) que visa à investigação dos diferentes processos de referenciação e contextualização no discurso de pacientes psiquiátricos. O exame dos dados pauta-se na Análise do Discurso segundo a vertente da Sociolinguística Interacional (Goffman [1981]1998, Gumperz [1982]1998, Tannen, 1984, 1986, 1993), focalizando ora aspectos de natureza social, como os estudos reunidos em Ribeiro et allí (2001), ora enfatizando os aspectos lingüísticos que ancoram a co-construção discursiva entre os participantes de qualquer interação face-a-face (Pinto, 2000).

Destacamos, em particular, o evento de fala *entrevista psiquiátrica*, observamos como médico e paciente constróem conjuntamente a interação, sublinhando a percepção da coerência discursiva pelos participantes. Para a clínica psiquiátrica, os momentos de ‘incoerência’ são comumente classificados como *manifestações de fala desorganizada* (Andreasen, 1979) ou, tradicionalmente, como *transtornos na forma do pensamento*. Essa categoria integra a anamnese psiquiátrica e, como tal, concorre para a construção do diagnóstico. *Descarrilamento, fuga de idéias e incoerência* são alguns dos termos empregados de forma impressionista e assistemática para descrever os complexos processos de construção da referência freqüentes no discurso de pacientes psiquiátricos (Cf. Pinto & Ribeiro, 2001).

O exame da construção da referência no discurso de pacientes maníacos parece ser uma via privilegiada para a compreensão dos vários processos que subjazem às categorias de transtornos do pensamento empregadas na clínica psiquiátrica. Tais descrições provocam indagações sobre a maneira como pacientes psiquiátricos sinalizam no discurso informações contextuais de diferentes naturezas: a relação entre falante e ouvinte, a relação entre as elocuições, o lugar e o ambiente em que ocorre a interação, o assunto sobre o qual se fala (o tópico) e a forma como os participantes se relacionam com aquilo que está sendo dito. A fala de pacientes maníacos tem como características básicas o ritmo acelerado e a freqüente introdução de referentes no discurso, cuja relação com o assunto em desenvolvimento é oblíqua ou às vezes inexistente. “Pular de um assunto para o outro”, “falar de coisas que não têm nada a ver”, muitas vezes levados por aliterações, é uma descrição comum do discurso desses pacientes. Novos referentes são, com freqüência, justapostos em uma elocução, sem que seja possível estabelecer uma relação de sentido com o tópico em desenvolvimento. Em outros momentos, muitas informações não relevantes são sucessivamente introduzidas no discurso, causando um progressivo afastamento do tópico.

Para a descrição dos diferentes processos de contextualização envolvidos na categoria como *manifestações de fala desorganizada*, Pinto (2000), em sua tese de doutoramento, utilizou uma série de quatro entrevistas psiquiátricas realizadas por Dr. Mauro, psiquiatra com larga experiência, com Rejane¹, uma paciente portadora de psicose maníaco-depressiva ao longo de uma mesma internação de cinco meses no Instituto de Psiquiatria da

¹ Os nomes aqui utilizados são fictícios para resguardar a identidade dos participantes.

Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).² As descrições então apresentadas são informadas pela avaliação de psiquiatras clínicos experientes sobre os desvios observados no discurso da paciente, com base no visionamento de segmentos extraídos das quatro entrevistas.

Baseada no conceito de tópico discursivo proposto por Jubran et alli (1992), Pinto (op. cit.) apontou três tipos de descontinuidade tópicas nas entrevistas analisadas: a digressão, a inserção e a ruptura. Com relação ao primeiro fenômeno, foco do presente artigo, uma alta incidência de digressões foi identificada. Em nossa apresentação junto ao GT de Linguística do Texto e Análise da Conversação da ANPOLL 2000 privilegiamos a discussão acerca da percepção da *digressão* no contexto da entrevista psiquiátrica, na medida em que, apesar de serem processos de construção tópica comuns na fala do dia-a-dia, sob o olhar da clínica psiquiátrica, são interpretados e avaliados como instâncias de fala patológica.

Neste artigo, analisamos a digressão na entrevista psiquiátrica, utilizando três segmentos que integram os dados de Pinto (op. cit.). Apresentamos, inicialmente, o conceito de tópico discursivo adotado, para, em seguida, examinarmos a construção tópica na entrevista psiquiátrica. Identificamos também os critérios de relevância que orientam esse evento, assim como as funções das digressões naquele contexto. E, por fim, apontamos duas hipóteses para a compreensão da freqüente interpretação desse fenômeno linguístico como fala patológica por parte dos psiquiatras.

A organização tópica na conversa e o conceito de tópico discursivo

Para a investigação dessa situação específica de comunicação, optamos por um construto teórico que possibilitasse a identificação das diferentes movimentações tópicas inerentes a um encontro face-a-face, o conceito de tópico discursivo proposto por Jubran et alli (1992):

Tomado no sentido geral de “acerca de”, o tópico manifesta-se na conversação, mediante enunciados formulados pelos interlocutores a respeito de um conjunto de referentes explícitos ou inferíveis, concernentes entre si e em relevância num determinado ponto da mensagem.

Duas propriedades são consideradas fundamentais: *centração* e *organicidade*. A *centração* é “a propriedade de concentração em um determinado assunto, revelada pelo fato de que um conjunto de referentes explícitos ou inferíveis concernentes entre si, torna-se relevante num dado ponto da mensagem”(Jubran 1993: 62). Inclui, portanto, três traços: a) *concernência*, “a relação de interdependência semântica entre os enunciados (...) pela qual se dá a sua integração no referido conjunto de referentes explícitos ou inferíveis”; b) *relevância*, “proeminência (do conjunto de referentes explícitos ou inferíveis) decorrente da posição focal assumida pelos seus elementos”(op. cit. p. 362). A dominância do tópico é expressa então pela presença de temas e remas e c) *pontualização*, o momento da conversa em que esse conjunto de referentes está localizado.

A *organicidade* é a propriedade pela qual as relações de interdependência *entre* as elocuições se manifesta. Ocorre simultaneamente em dois planos: 1) *hierárquico*, “relações de dependência que se estabelecem entre os tópicos, de acordo com o âmbito maior ou menor com que o assunto é abrangido; 2) *seqüencial*, relacionada às articulações entre tópicos em termos de adjacências ou interposições na linha discursiva” (ps. 362 e 363). Com relação à distribuição dos tópicos no plano seqüencial, podem ocorrer dois fenômenos: o da continuidade e o da descontinuidade. Enquanto a continuidade resulta de uma continuação da progressão tópica, seja por contiguidade entre os tópicos ou por esgotamento de um

² Os dados foram gravados em vídeo e posteriormente transcritos de acordo com Ribeiro (1994).

tópico com a introdução de um novo, a descontinuidade caracteriza uma “perturbação da sequencialidade linear” (p. 365), com a cisão de um tópico em partes que não se encontram contíguas no plano linear, ou com a suspensão definitiva de um tópico.

Jubran et alli (op. cit.) chamam a atenção para o fato de que nas conversas “pode-se constatar que a organização seqüencial (ou no plano linear) tende a se restabelecer à medida em que se atenta para os níveis hierárquicos mais elevados” (p. 366). É o que ocorre no caso das *digressões* (Andrade, 1995), onde o tópico em curso é provisoriamente abandonado e um outro é introduzido, sendo, em seguida, abandonado e substituído novamente pelo tópico anterior. Caracterizam, portanto, estratégias de composição tópica freqüentes em conversas espontâneas e têm papel relevante na construção da coerência (Koch, 1997).

Com base na metodologia sugerida pelos autores, Pinto (2000) segmentou os dados *linearmente* a partir da delimitação dos tópicos, utilizando, para este fim, tanto os três aspectos da propriedade de centração do tópico (concernência, relevância e pontualização) como as marcas linguístico-discursivas de delimitação tópica. Posteriormente, o estudo estabeleceu a *hierarquia* dos tópicos em níveis. Segundo os autores, “há como camadas sucessivas de organização” (p. 363).

A organização hierárquica, constituída pela interdependência entre os tópicos, mostrou dois aspectos importantes. Por um lado há mudanças e modificações tópicas que, do ponto de vista da seqüência linear, provocam descontinuidade na progressão tópica, mas que do *ponto de vista vertical e hierárquico* devem ser interpretadas como partes integrantes do tópico em andamento. Esse é o caso de subsegmentos que caracterizam as *digressões*, pois, em geral, tais porções textuais demandam do interlocutor uma *temporária* suspensão do tópico em curso, com a introdução de um novo tópico, para posteriormente retomar o anterior. Por outro lado, a organização hierárquica revelou exemplarmente diversos subsegmentos que acarretam *descontinuidade* na progressão tópica do ponto de vista da linearidade e *também* do ponto de vista hierárquico, ocasionando uma mudança súbita na progressão temática sem sinalização prévia nem a aquiescência dos participantes, dando origem ao fenômeno das *rupturas*.

A opção pelo conceito de tópico discursivo apresentado acima, delimitado a partir de dados de conversas, nos suscitou algumas indagações: em que medida a construção tópica em uma entrevista psiquiátrica é análoga àquela em situação de conversa espontânea? Quais as diferenças entre ambos os eventos de fala, de que natureza estas são constituídas e de que forma elas se atualizam na condução do tópico por parte dos participantes?

A organização tópica do evento de fala *entrevista psiquiátrica*

A entrevista psiquiátrica é um evento de fala (Hymes, 1974) de crucial importância para a clínica, pois para a Psiquiatria, campo da Medicina que não possui medidas tipo padrão ouro³, a observação do comportamento do paciente é determinante, tendo a fala inegável importância neste contexto. Ela tem como propósito coletar informações para avaliar as condições clínicas do(a) paciente com vistas à elaboração do diagnóstico e a conseqüente terapêutica. Ribeiro & Pinto (2000: 14) destacam:

Uma análise semântica de uma entrevista padrão identifica referentes e redes de referência com diferentes graus de hierarquia. Assim, por exemplo, o macro-tópico “História Familiar” terá como tópico “Internação de um membro da família” (...) que, por sua vez vai gerar subtópicos como o “tempo de internação”, “lugar da internação”, “características da doença”, etc. Este

³ Medidas tipo padrão ouro são aquelas que indubitavelmente comprovam a fidedignidade de um dado diagnóstico. A medição da taxa de glicose no sangue é uma medida deste tipo para o diagnóstico do diabetes.

roteiro procura estabelecer dados de identificação do(a) paciente, queixa principal, história da doença, etc.

Como sublinha Andreasen (1995), a descrição de alguns desses itens decorre da observação do(a) paciente, enquanto que outros são avaliados *a partir das perguntas* do médico. Ribeiro (1994: 134) discute a importância da procura por informações da parte do médico na condução da entrevista psiquiátrica:

o médico introduz o tópico (...) e a paciente responde. Essa troca habitual de informações impõe ao médico e à paciente certos padrões preestabelecidos de condução do tópico. (...). O médico orchestra os tópicos já que é ele quem determina sobre o que se falará. A paciente mantém a coerência ao fornecer respostas sobre o tópico.

Para os analistas do discurso, aqui está a chave para a investigação da organização desse evento de fala em contraste às conversas do dia-a-dia. Os tópicos da conversa espontânea não são estabelecidos aprioristicamente por nenhum dos participantes e não apresenta nenhum objetivo pré determinado. Resulta de uma atividade administrada passo a passo na condução do tópico, sendo a distribuição dos turnos, portanto, mais igualitária. A anamnese psiquiátrica, contudo, em função dos propósitos comunicativos de diagnosticar e prescrever um tratamento, obedece a uma agenda institucional para investigação da vida do paciente, que deve responder satisfatoriamente às perguntas propostas pelo médico.

Do ponto de vista da estrutura de participação (Erickson e Schultz, 1972), este aspecto reflete-se na determinação apriorística dos papéis discursivos, de acordo com a qual cabe ao médico introduzir, retomar, avaliar os tópicos, constituindo a unidade básica composta pela pergunta do médico/resposta do(a) paciente/comentário ou avaliação do médico (Mishler 1984: 61). Essa estrutura assemelha-se a um interrogatório (Ribeiro 1994: 71), na qual um dos participantes só faz perguntas, impondo, portanto, a obrigação da resposta ao outro, que só responde. No caso da entrevista clínico-psiquiátrica, o paciente é, em grande parte, o objeto do conteúdo tópico e, como tal, deve desenvolvê-lo. Nesse sentido, além da assimetria de poder entre os participantes, diferença que é representada pela posse da *expertise* do médico em contraste com a posição de leigo do paciente (Candlin, 1999), encontra-se também uma assimetria discursiva.

No que tange à construção tópica, a estrutura mencionada no parágrafo anterior assume diferentes matizes nesse evento de fala. Primeiramente, a delimitação tópica, derivada das diferenças apontadas entre os papéis discursivos dos participantes, associada ao propósito comunicativo do evento, faculta ao médico o direito de promover mudanças súbitas no referente sem esgotamento do tópico anterior. Isso ocorre com frequência quando pacientes introduzem tópicos de natureza pessoal⁴ que são considerados irrelevantes pelo médico na construção do diagnóstico, pois, segundo Merrit (1994), “além de conversar, algo necessita ser feito”. Hyden e Mishler (1999: 177) discutem o efeito que essas modificações bruscas na condução do tópico causam no paciente: “(...) os pacientes vivenciam as perguntas como desconectadas umas das outras e das respostas por eles oferecidas (...) parece que qualquer coisa pode ser perguntada a qualquer momento”. No segmento abaixo que compõe a segunda entrevista da série, Dr. Mauro, após ampliar o tópico *gravidez* trazido pela paciente, subitamente provoca uma mudança tópica, perguntando-lhe sobre seu trabalho à época da internação, na linha destacada em negrito:

⁴ Parece que aqui está a maior diferença entre os dois tipos de entrevista, a clínica e a psiquiátrica; enquanto naquela o paciente é até incentivado a fazer perguntas, como forma de garantir o prosseguimento e a sua satisfação com o tratamento (Hyden e Mishler, 1999), na entrevista psiquiátrica, em geral, as perguntas não são incentivadas.

Dr. Mauro: mas você já ficou grávida alguma vez?
 Rejane: várias vezes.
 Dr. Mauro: várias vezes? { mas você teve os filhos?
 Rejane: } dez vezes.
 Dr. Mauro: dez vezes?
 Rejane: é.
 Dr. Mauro: e você chegou a ter as crianças?
 Rejane: a parir?
 Dr. Mauro: é.
 Rejane: não, nunca cheguei a parir não.
 Dr. Mauro: mas o que que aconteceu, você abortava?
 Rejane: eu abortava não. minha mãe queria que eu casasse virgem, me perdi com quinze anos, com o Eric, e::
 aí né foi tirando aborto tava tudo vivo, né, luz ()?
 Dr. Mauro: **e você tava trabalhando em que antes de vir pra cá? que que você fazia?**
 Rejane: secretária.

Assim sendo, a estrutura da entrevista psiquiátrica incorpora a descontinuidade tópica *quando introduzida ou ratificada pelo médico*. Ela constitui o esquema de conhecimento que se tem acerca desse evento de fala. É importante pois assinalar que circunscreve a percepção e a interpretação desses momentos de dissociação tópica como necessários para o desenvolvimento da tarefa de diagnosticar e medicar, integrando a descontinuidade, de forma coerente, na troca discursiva.

A digressão na conversa e na entrevista psiquiátrica

A atividade conversacional é, antes de tudo, resultado de um processo de co-construção que ocorre *em tempo real*, sem que seja facultado aos participantes reverter o que fora dito e, portanto, sem possibilidades de recuperação a posteriori (Marcuschi, 1986). Nesse processo conjunto e mútuo de produção e interpretação, várias são as estratégias empregadas pelos falantes para a construção do tópico. Como já observado anteriormente, um tópico pode ser desenvolvido contínua e contiguamente, pode ser interrompido para ser posteriormente retomado, caracterizando então uma momentânea suspensão do assunto em pauta, ou pode ainda ter sua direção bruscamente modificada. Todas essas possíveis organizações tópicas ocorrem naturalmente e recursos de várias naturezas são empregados freqüentemente pelos participantes de uma interação para sinalizar para seus interlocutores as modificações promovidas, com o intuito de guiá-los nos rumos da conversa. Marcadores discursivos e pistas de contextualização (Gumperz [1982]1998) são utilizados evidenciando a atividade conjunta da conversa.

A noção de tópico discursivo que abarca as propriedades de centração e organicidade adotada permite identificar momentos de descontinuidade em dois níveis: seqüencial (linear) e hierárquico (vertical). De acordo com Jubran et alii (1992), nas conversas, “a organização seqüencial, perturbada na linearidade, tende a se restabelecer à medida em que se atenta para níveis hierárquicos mais elevados” (p. 366). Vários autores que se debruçaram sobre o tema (Koch et alii, 1991, Jubran 1993, 1996; Koch, 1997, Andrade, 1995) destacam que o que se interpreta inicialmente como descontinuidade no plano seqüencial pode adquirir outra interpretação se forem considerados os níveis superiores constitutivos da interação. Portanto, o segmento que aparentemente se apresenta como afastamento do tópico na relação de contiguidade dos enunciados perde esse caráter digressivo quando encontra-se integrado ao plano maior de inter-relação entre os enunciados de várias seqüências.

Segundo Andrade (1995), as digressões permitem diferentes abordagens que contemplam diferentes níveis constitutivos do discurso. No nível da mensagem, ela se caracteriza por *uma interrupção de atividades comunicativas* em que o conjunto de relevâncias tópicas associadas ao tema em andamento tem baixa relação imediata. Este é o nível da construção tópica, da relação entre os referentes na(s) elocução (ões) e da interdependência entre os vários subsegmentos que contribuem para a construção discursiva. É possível também abordar a digressão em seu aspecto cognitivo, na medida em que a introdução de uma seqüência digressiva força o interlocutor a efetuar várias tarefas cognitivas que devem ocorrer concomitantemente. Ele deve suspender temporariamente o tópico em andamento, estabelecer uma relação de sentido associativa ou pragmática com o que está sendo introduzido na digressão para posteriormente reativar e focalizar aquele tópico inicialmente desenvolvido. Ainda pode-se enfocar a digressão em sua dimensão interacional. De acordo com a autora, esse fenômeno instaura uma mudança de foco do tópico em curso, trazendo relevâncias, antes marginais, para o centro das atenções através do olhar daquele participante que a produz no momento em que interage face-a-face com seu interlocutor. Caracteriza-se portanto como uma estratégia que orienta o sentido da interação com funções variadas de ilustrar, demonstrar, exemplificar etc. na perspectiva daquele participante que a enuncia.

Andrade (op. cit.) sublinha que a análise desse fenômeno deve contemplar as condições que propiciam sua produção, bem como as funções que ela adquire na interação. Esclarece ainda que a digressão, fenômeno próprio de construção do texto oral, freqüente em conversas espontâneas, deve ser avaliado pelo sucesso comunicativo e pela fluência interacional que provoca/resulta e não pode prescindir do exame do evento de fala (Gumperz, 1982) em que está inserido, nem tão pouco do contexto situacional em que ocorre.

Na *digressão*, portanto, o sucesso comunicativo não parece ser submetido a riscos. A suspensão temporária da centração tópica é efetivada em dois níveis: no nível do conteúdo da mensagem, pela introdução de um outro conjunto de elementos cuja relação com o tópico é marginal, porém inferível, e no nível da metagemagem pela sinalização resultante do uso convencional e compartilhado de um conjunto de pistas de contextualização para a introdução e fecho do tópico. O envolvimento do ouvinte parece estar garantido, na medida em que a ele é oferecida passo a passo uma cartografia repleta de sinais que convergem para a indicação do caráter transitório daquela atividade, tanto no nível da mensagem quanto no nível da metagemagem.

O princípio da relevância e a função da digressão na entrevista psiquiátrica

Diferenças de expectativas relativas ao que falar, quando falar e quando calar também já foram apontadas por vários autores que investigam o discurso da clínica médica e psiquiátrica em contexto de entrevista (Mishler, 1986; Ribeiro, 1994; Candlin, 1999; Ribeiro et alii, no prelo).

Se é verdade que a entrevista psiquiátrica focaliza, em grande medida, sua dimensão informacional, em função de seu propósito comunicativo de coletar informações sobre as condições do(a) paciente, em muitas entrevistas psiquiátricas encontram-se exemplos que evidenciam a natureza *também* social daquele encontro. No segmento abaixo, por exemplo, Dr. Mauro, ao ver a paciente colocando quase toda a maçã na boca diz-lhe (linhas 35 e 36):

- Rejane: 29.é.
[gritando]
30. VIVE::I
31. e falar diante de todos =
32. =(eis me aqui) senhor. ...

33. entrai na presença, ..
[acc]
34. o espirito santo vai conceder tudo (dentro já).(3.0)
[colocando quase toda a maçã na boca]
- Dr. **35. você vai comer a maçã com,**
Mauro: **36. com semente, casca, tudo?=[sorrindo]**
- Rejane: 37. =eu fiz aquele: .. nervosismo
[rindo]
38. atuar assim.
39. entra nesse trem, ...
40. nascerá, ..
41. dentro de nós, ...
42. um feijão, ..
43. príncipe encantado até o trono () de Deus. (1.5)

Do ponto de vista informacional, da relação entre as proposições, as linhas 35 e 36 podem ser consideradas irrelevantes, na medida em que o médico torna explícito algo de que ambos os participantes têm conhecimento, não adicionando nenhuma informação nova para Rejane. No que tange à *natureza da relação entre os participantes*, todavia, o segmento acima tem a função de estreitar e fortalecer os laços interacionais entre médico e paciente, particularmente ao considerar-se que eram os primeiros minutos da primeira entrevista de toda a série. Em vários momentos nas 4 entrevistas, Rejane apresenta-se discursivamente “já esta(ndo) curada,” ou ainda “liberta de remédios”, elocuições através das quais a paciente enquadra a interação que se segue, conduzindo o médico na interpretação da interação à luz da maneira como ela se posiciona diante da situação da internação. Mantém, portanto, a imagem pública do eu (Goffman, 1959) sua *face* de ex-paciente psiquiátrica que necessita, para sua confirmação, da ratificação do outro, ratificação que resulta de intenso trabalho interacional. Cabe destacar que muitas das digressões e algumas das rupturas encontradas no discurso de Rejane introduzem no discurso informações cuja função remete sobremaneira à necessidade de manutenção da face, aspecto freqüente em pacientes psiquiátricos institucionalizados (Goffman, 1961).

A avaliação de determinadas digressões como instâncias de falas patológicas evidencia um aspecto interessante para a investigação do evento de fala *entrevista psiquiátrica*. Diferentemente da conversa, esses fenômenos de descontinuidade linear que interpolam no discurso, crenças, valores e atitudes além de informações (O’Neill, 1988-89), são freqüentemente interpretados como momentos desviantes, ralenteadores do fluxo de informação. Se as digressões trazem para a conversa um outro conjunto de relevâncias proporcionando à interação um colorido, acrescentando outras paisagens (Andrade, 1995), nas entrevistas psiquiátricas essas parecem ser muitas vezes interpretadas como uma rota sinuosa para alcançar o mesmo lugar, tornando a viagem mais longa. Observe o segmento abaixo:

- Rejane: 5. bom,
6. eu já tava liberta de remédios. ...
7. mas eu estava trabalhando de secretária,
8. ali pro Moreira, aqui (por) Botafogo, ..
9. aqui em frente à praia.=
- Dr. Mauro: 10. =hum hum. ...
- Rejane: 11. e é com lance de: entulhos e:: mudanças. ..
- Dr. Mauro: 12. hum hum. ...

- Rejane: 13. mas ..
 14. num sei se eu fiquei fadigada, (1.5)
 15. eu tenho certeza que eu tava bem.=
- Dr. Mauro: 16. =hum hum. ..
- Rejane: 17. minha irmã,=

A paciente interrompe o tópico *estória que motivou a internação* para, a partir da linha 7, introduzir uma série de conjuntos de relevâncias que acrescentam informações sobre seu trabalho (localização, especificação da atividade profissional, etc) que deslocam temporariamente a atenção dos participantes para retornar à estória na linha 17, introduzindo o referente “minha irmã”, cujo predicado será enunciado na linha 44 (“minha irmã achou que eu tava doente”). Fundamentalmente esse grupo de enunciados, do ponto de vista *proposicional*, oferece ao interlocutor detalhes sobre o campo semântico do verbo trabalhar: “trabalhando de secretária” responde à pergunta trabalhava *em que*; “pro Moreira” à pergunta *onde*; e “com entulhos e mudanças” à pergunta *com o que*. Os enunciados das linhas 8 e 9, por sua vez, especificam ainda mais a localização, informando-lhe sobre o bairro e a rua, acrescentando “aqui no Botafogo aqui em frente à praia”.⁵

A percepção e a interpretação desse subsegmento por parte dos avaliadores como *manifestações de fala desorganizada* (Andreasen, 1979) retratam a interpretação de seu aspecto desviante e exemplificam o princípio de relevância preconizado por Sperber e Wilson (1986), quer seja, aquele relativo à relação entre as proposições, ao conteúdo informacional que carregam, à mensagem veiculada. Entretanto, a perspectiva apresentada por O’Neill (1988-89), segundo a qual os julgamentos acerca da relevância incluem aspectos sociais tais como a manutenção da imagem pública, amplia o escopo dessa discussão. Ao longo da digressão, Rejane lança mão de uma série de fatos, circunstâncias e eventos que validem a sua apresentação do eu (“eu já tava liberta de remédios”) para consubstanciar a posição de pessoa não doente. O nome da empresa ou pessoa para a qual trabalhava, (“Moreira”), o nome da rua (“Praia de Botafogo”) e do bairro onde essa se localiza, ambos de conhecimento mútuo dos participantes, são detalhes comprobatórios, cujo objetivo último parece ser o de oferecer elementos a seu interlocutor, o médico, sobre seu ponto: “eu já tava liberta de remédios”. Nessa estrada sinuosa em que se configurou a movimentação tópica, Rejane, contudo, acrescenta muitas informações que, do ponto de vista informacional, à luz do propósito comunicativo da entrevista psiquiátrica, são excessivas.

Pelo exposto acima, os participantes parecem privilegiar aspectos distintos do princípio de relevância em função de como concebem e interpretam o evento de fala *entrevista psiquiátrica*. Para o médico, ela é, sobretudo, o momento de coleta de dados biográficos, de informações sobre a paciente que encontram-se relacionadas à elucidação de seu diagnóstico. Para isso, o psiquiatra privilegia a relevância de natureza proposicional. Apesar de compartilhar com o médico os objetivos da entrevista, a paciente parece considerar aquele encontro um momento onde *também* pode expressar afetos, sentimentos, crenças e atitudes. Nesse sentido parece orientar-se prioritariamente pelos critérios sociais que integram o princípio da relevância. No exemplo acima citado, a paciente apresenta discursivamente um grande número de evidências empiricamente verossímeis que atestem seu ponto “estar liberta de remédio” de forma a contrapor-se à crença institucional, segundo a qual ela é uma paciente psiquiátrica.

⁵ O IPUB/UFRJ localiza-se no bairro de Botafogo, na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, próximo à rua chamada Praia de Botafogo em frente à enseada do mesmo nome. “Ali” e “aqui” são expressões dêiticas que não podem ser interpretadas sem lançarmos mão de parâmetros contextuais (Cf. Marmaridou, 2000).

A assimetria de conhecimento e de poder intrínseca ao evento de fala *entrevista psiquiátrica* aparentemente circunscreve a interpretação de digressões como uma necessidade de caráter interacional por parte da paciente e como interpolação de material irrelevante por parte do médico. Enquanto que para a primeira os aspectos social e interacional determinam o tipo de informação a ser explicitada, o médico julga tais digressões ora como responsáveis pelo ralentamento do fluxo informacional, ora como excesso de informações desnecessárias, ou como introdução de subtópicos que comprometem o desenvolvimento da tarefa diagnóstica. A digressão, portanto, é causadora de um tipo de descontinuidade que, apesar de linear, de não comprometer a inter-relação dos tópicos da interação, intervém no plano da relevância proposicional.

“Como é que você tava quando você se internou aqui no hospital?”

A investigação sobre as condições do(a) paciente no momento da crise faz parte da agenda médica típica de uma entrevista psiquiátrica padrão. No segmento abaixo, Dr. Mauro introduz esse tópico através de uma pergunta:

- Dr. Mauro: 1. como é que você tava quando você se internou aqui no hospital?
....
- Rejane: 2. tava numa boa,
3. tirando o maior so:l,
[acc]
4. minha irmã achou que eu tava doente
[acc]
5. porque eu tava querendo ficar magrinha,
[acc]
6. **(como) muita bolacha de pão, (1.5)**
[levanta a saia, segurando a coxa direita com as duas mãos]
7. ah lá, toda incha:da, ...
8. me cuidado, né,
9. **mas (tudo) cheio de pão.**
10. ela num tá magrinha?
11. eu também quis ficar magrinha,
12. ela achou que eu tava doente
[acc]
13. e me internou porque eu num aceitei a comida dela.
- Dr. Mauro: 14. hum hum.

Rejane conta ao seu interlocutor, entre as linhas 2 e 13, a estória que, ao seu ver, culminou com sua internação. Entre as linhas 6 e 9, ela introduz um conjunto de elocuições que deslocam temporariamente o foco de atenção da *estória sobre o motivo da internação* para externar uma auto avaliação sobre seu estado físico (*estar inchada*), instaurando uma nova relevância tópica. Sua integração ao tópico em andamento decorre de um processo de interpretação segundo o qual nós ouvintes inferimos, a partir de regras dedutivas, a relação daquilo que nos é dito com as suposições que já temos armazenadas em nossa mente à luz do contexto situacional onde a troca discursiva ocorre. Enquanto falantes do português, compartilhamos não só o código -- a língua portuguesa -- mas também processos inferenciais que nos permitem atribuir sentidos a enunciados cujas intenções comunicativas são com frequência indiretamente veiculadas. Somos capazes de suprir informações que não são explicitadas, criando implicações que surgem da integração do que nos é dito com o conhecimento de mundo que compartilhamos com nossos interlocutores.

Por um lado, faz parte de nosso conhecimento de mundo compartilhado que “comer muita bolacha de pão” resulta em ficar “inchada”, ficar gorda. A relação de contraste entre “querer ficar magrinha” (linha 5) e “estar toda inchada” (linha 7) é então inferida, caracterizando portanto esse subsegmento como provocador de descontinuidade restrita ao nível *seqüencial* da organização tópica, ou seja, uma digressão.

Na perspectiva interacional, essa digressão tem a função de demonstrar ao médico que sua vontade de “ficar magrinha”, de “não comer a comida dela” era genuinamente motivada: “*porque* como muita bolacha de pão, *estou* toda inchada” – direcionando o olhar do médico para sua perna - “*e apesar de me cuidar continuo gorda*”. O efeito pretendido com o uso desse conjunto de relevâncias tópicas é convencer o interlocutor da pertinência de sua atitude e, portanto, caracteriza-se como uma estratégia de preservação de sua face de pessoa não doente.

A retomada do subtópico *estória da internação* é efetivada nas linhas 7 (“ela num tá magrinha?”) e 8 (“eu também quis ficar magrinha”), que conjuntamente caracterizam um *tópico de transição*. Segundo Jubran et alii (1992), a introdução de um tópico de transição é uma das formas que os falantes têm a sua disposição para promover mudanças tópicas gradativas que resultam em um processo de articulação intertópica de continuidade. Medeiam a passagem gradual de um tópico ao outro sem, contudo, provocar descontinuidades.

Algumas pistas de contextualização empregadas por Rejane nesse segmento configuram o retorno ao tópico *estória da internação*. Primeiramente, na linha 10, através do pronome “ela” (“ela num tá magrinha?”), estabelece uma relação de coesão referencial com o referente “minha irmã” da linha 4. A retomada do tópico é também efetuada através do mecanismo da repetição do item lexical “magrinha” (linhas 5 e 10) e, na linha 12, de parte da elocução “achou que eu tava doente” já enunciada na linha 4, desta vez com ênfase no vocábulo “achou”.

Configurando uma estratégia central na oralidade (Norrick, 1987; Tannen, 1989; Jubran et alii, 1992; Ferrara, 1994; Merrit, 1994; Marcuschi, 1996; Koch, 1997; entre outros), a repetição, segundo os estudiosos, monitora a coerência reintroduzindo referentes que são do conjunto de relevâncias centrais do tópico discursivo, tecendo a conversação, ao integrar o que ocorrera antes da digressão com o que vem a seguir, como no subsegmento acima analisado. Paralelamente, como aponta Tannen (1989: 51), “a repetição não apenas amarra partes do discurso a outras, mas conecta os participantes ao discurso e entre si, relacionando falantes individuais na conversa e nas relações”. Em resumo, a repetição adquire uma função importante, na medida em que auxilia a integração hierárquica do tópico digressivo àquele em andamento antes da sua introdução, favorecendo a compreensão do interlocutor, orientando-o na tarefa de imprimir coerência ao discurso.

A avaliação clínica do segmento digressivo

A análise dos segmentos destacou o emprego de alguns recursos discursivos, tais como o processo inferencial com base em conhecimentos prévios de mundo, o uso de elementos de coesão e a repetição, presentes em descrições de digressões em conversas na literatura (Cf. Jubran, 1992 et alii; Andrade, 1995; Koch, 1997, entre outros). Contudo, o segmento analisado acima, quando exibido aos psiquiatras clínicos, foi percebido e categorizado como uma instância de fala patológica. Como conjugar a descrição do fenômeno nas conversas, realizadas pelos linguistas com a interpretação do mesmo pelos psiquiatras?

Duas hipóteses parecem-nos plausíveis. A escassez de marcas paralingüísticas, a exemplo das pausas, para sinalizar o fechamento de um subtópico e a conseqüente abertura de outro pode ser uma explicação para compreender-se a razão da interpretação desse

subsegmento como desviante. A passagem do subtópico *estória da internação*, na linha 5 (“porque eu tava querendo ficar magrinha”) para o *estado físico* de Rejane, subtópico introduzido pela linha 6 (“(como) muita bolacha de pão”), não é marcada por nenhuma pausa, além de ser enunciada em ritmo acelerado, dificultando a sua decodificação. Como afirmam Jubran et alii (1992), os interlocutores orientam suas atividades de interpretação da organização tópica a partir de sinais emitidos pelos falantes, sinais esses que podem ser de natureza prosódica, (a exemplo das entonações ascendente e descendente), morfossintática, léxico-semânticas (repetições), paralinguísticas (pausas e ritmo de fala) e não verbais (gestos, olhares).

Numa abordagem cognitivo-discursiva, os estudos de Chafe (1984, 1994) discutem o papel das pausas no processo constante de modificações nos estados de ativação da informação (ativo, semi-ativo e inativo) na mente dos participantes de uma interação. Essas mudanças, segundo o autor, demandam um esforço cognitivo que pode explicar os períodos de silêncio entre as elocuições. “Ao final da pausa inicial, ao menos em condições ideais, toda informação a ser expressa no próximo período de vocalização tornar-se-á ativa na mente do falante” (Chafe 1984: 24). O período de vocalização da elocução, portanto, provoca na mente do ouvinte a ativação de informações enquanto que na mente do falante esse processo ocorre durante a pausa inicial. Retomando a análise da digressão, constata-se que o fato da elocução da linha 5, que antecede o segmento digressivo, ser enunciada em ritmo acelerado, associado à ausência de pausa inicial da linha 6, provoca uma sobrecarga cognitiva na mente do ouvinte, na medida em que ele deve, no período de vocalização, ativar as informações necessárias. A pausa de 1.5 segundos só acontece ao final da linha 6, quando Rejane retoma o ritmo de fala normal.

Nesse sentido, o processamento de todas essas informações em tão curto espaço de tempo não foi efetivado, obscurecendo a integração do tópico digressivo ao tópico em andamento. Resulta daí a percepção de uma descontinuidade que transcende o nível linear da interação, sendo percebida também como uma descontinuidade no plano vertical da organização tópica. De acordo com esta hipótese, então, as marcas presentes não são suficientes para sinalizar uma *temporária* suspensão do tópico.

Acreditamos também ser possível compreender a avaliação dos clínicos à luz da natureza do evento de fala entrevista psiquiátrica. Parece-nos que, na perspectiva dos avaliadores clínicos, esse evento, fortemente marcado pelo seu caráter informacional, não ratifica o uso de digressões por parte do(a) paciente, considerando-as como um obstáculo à tarefa de obter *informações* detalhadas sobre as condições do(a) paciente. Neste sentido, as digressões não integram as expectativas por parte do médico para aquele tipo de encontro face-a-face.

Conclusão

O exame das *digressões* encontradas no discurso de Rejane evidenciou algumas semelhanças e diferenças das descrições correntes na literatura sobre esse fenômeno, particularmente nas conversas do dia-a-dia. Identificaram-se funções interacionais que motivam discursivamente as digressões dessa falante. Na entrevista psiquiátrica, face à inegável condição de paciente internada em uma instituição psiquiátrica, Rejane introduz no seu discurso digressões com o intuito de apresentar e preservar sua face de ex-paciente. Ou seja, reafirmar que “já está liberta de remédios” e “está curada”. A necessidade de compartilhar conhecimentos, que julga serem desconhecidos do interlocutor, é outra função interacional que subjaz às muitas interpolações de conjuntos de relevâncias por parte de Rejane, estratégia essa também de grande incidência na fala dita padrão.

Apontamos também para o fato de que os critérios de relevância para a seleção ou manutenção do tópico, utilizados por ambos participantes da entrevista, não são idênticos. Face aos objetivos de diagnosticar e proceder aos encaminhamentos terapêuticos, o médico

privilegia os aspectos informativos do encontro, enquanto que a paciente considera a entrevista psiquiátrica como um momento no qual também pode expressar afetos, opiniões e atitudes, priorizando os aspectos sociais que também compõem a relevância.

Sugerimos, ainda, duas hipóteses para o entendimento da freqüente interpretação das digressões como manifestações de desorganização de fala. Observações metalinguísticas e marcas paralinguísticas, a exemplo da pausa, são recursos pouco empregados pela paciente para anunciar digressões. O ritmo de fala acelerado, de grande ocorrência na fala de Rejane, também apresenta-se como um fator que parece contribuir para a categorização da digressão como desvio do tópico discursivo. O ritmo acelerado aparentemente compromete a compreensão do conteúdo proposicional das elocuições, ao não permitir sua segmentação, necessária para o processamento da seqüência discursiva.

Uma outra possível maneira de compreendermos a razão da freqüente categorização das digressões como momentos de fala patológica por parte dos clínicos reside na natureza do evento de fala analisado. Nas entrevistas psiquiátricas, diferentemente das conversas, esse fenômeno não é percebido como um mecanismo de composição tópica que acrescenta um colorido, a partir da perspectiva do falante, ao tópico. Os diferentes tons e detalhes são identificados como afastamentos progressivos do tópico em andamento, que dificultam a identificação das informações necessárias ao sucesso da entrevista psiquiátrica. Ou seja, o enquadre entrevista psiquiátrica não permite que digressões consideradas usuais na fala do dia-a-dia sejam percebidas e interpretadas como próprias da fala coloquial, logo, da fala padrão.

Os variados processos de construção da referência no discurso de Rejane, parcial e brevemente ilustrados neste estudo, refletem a visão de uma analista do discurso face à complexa categoria de fala desorganizada (Andreasen, 1979) que integra a clínica psiquiátrica. As questões aqui delineadas fornecem uma descrição informada a partir de um determinado aporte teórico-metodológico. Outros estudos de natureza empírica, com abordagens teóricas distintas e pautando-se em outros dados, são necessários para a composição de um conjunto de descrições que venham a desenvolver e ampliar a descrição lingüística, integrando outros aspectos envolvidos na construção da referência por pacientes acometidos por psicose maníaco-depressiva.

Convenções para transcrição

..	pausa observada, quebra no ritmo da fala com menos de 0.5 segundos
...	pausa de meio segundo, medida com cronômetro
....	pausa de um segundo
(2.0)	números entre parênteses indicam a duração da pausa acima de um segundo durante a fala, medida com cronômetro
.	descida leve sinalizando final de elocução
?	subida rápida sinalizando uma interrogação
,	subida leve (sinalizando que mais fala virá)
┌	entoação ascendente
:	alongamento de vogal (um maior número de sinais :::: indica maior alongamento)
<u>sublinhado</u>	ênfase
MAIÚSCULAS	muita ênfase
()	transcrição impossível
(palavras)	transcrição duvidosa
=	duas elocuições relacionadas por = indicam que não há pausa na fala

[fala justaposta; duas pessoas falando ao mesmo tempo
[acc]	fala acelerada (na linha acima do enunciado)
[não verbal]	descrição dos movimentos não verbais (mudança de postura e orientação, indicada uma linha abaixo do segmento de fala)

Bibliografia

- ANDRADE, M.L.C.V.O. *Digressão: Uma Estratégia na Condução do Jogo Textual-Interativo*. Dissertação de Doutorado do Departamento de Lingüística da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 1995.
- ANDREASEN, N.C. “The clinical assessment of thought, language and communication disorders: the definition of terms and evaluation of their reliability”. *Archives of General Psychiatry* 36, p.1315-1321, 1979.
- . “Thought, language and communication disorders”. *Archives of General Psychiatry* 36, p.1325-1330, 1979.
- ANDREASEN, N.C., BLACK, D. *Introductory Text of Psychiatry*. American Psychiatric Press: Washington, 1995.
- CANDLIN, C. “How can discourse be a measure of expertise?”. *Symposium Expert Talk. Expanded Abstract*, 1999.
- CHAFE, W. “Cognitive constraints on information flow”. *Coherence and Grounding in Discourse: Outcome of a symposium*. Tomlin, R. S. (ed). Philadelphia: John Benjamin, p.21-51, 1984.
- . *Discourse, Consciousness, and Time*. Chicago, University of Chicago, 1994.
- ERICKSON, F., SCHULTZ J. *The counselor as gatekeeper: social and cultural organization of communication in counseling interviews*. New York: Academic Press, 1982
- FERRARA, K. “Repetition as rejoinder in therapeutic discourse: Echoing and mirroring”. In: *Repetition in Discourse. Interdisciplinary Perspectives*. Vol II. *Advanced in Discourse Processes*, vol XLVIII. Norwood: Ablex, p.66-83, 1994.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1961.
- . *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*. Petrópolis: Vozes, [1959] 1975.
- . “Footing”. B. T. Ribeiro; P. M. Garcez (eds) *Sociolingüística Interacional. Antropologia, Lingüística e Sociologia em Análise do Discurso*, p. 70-97, Porto Alegre: Age., [1981] 1998.
- GUMPERZ, J. “Convenções de contextualização”. Ribeiro; P. M. Garcez (eds) *Sociolingüística Interacional. Antropologia, Lingüística e Sociologia em Análise do Discurso*, p. 98-119, Porto Alegre: Age., [1982] 1998.
- HYDEN, L.C, MISHLER, E.G. “Language and Medicine”. *Annual Review of Applied Linguistics* 19, p.174-192, 1999.

- HYMES, D. "Ways of speaking". R. Bauman., J. Sherzer (eds). *Explorations in the ethnography of speaking*. Cambridge: Cambridge University Press, p.433-451, 1974.
- JUBRAN, C.C, URBANO, KOCH, I. G. V ET ALII "Organização tópica da conversação". *Gramática do Português Falado*. Níveis de Análise Lingüística Vol II. R. Ilari 9org), Unicamp, p.359-397, 1992.
- JUBRAN, C.C.A. "Inserção: um fenômeno de descontinuidade na organização tópica". *Gramática do Português Falado*, v.III. Ilari, R. (org). Campinas: Unicamp, 1993.
- JUBRAN, C.C.A. "Parênteses: propriedades identificadoras". *Gramática do Português Falado*, vol IV. Estudos Descritivos. Castilho, A., Basílio, M. (orgs). Campinas: Unicamp, 1996.
- KOCH, I.G.V. *O Texto e a Construção do Sentido*. São Paulo: Contexto, 1997.
- KOCH, I.G.V., JUBRAN, C.C.A et alli. "Aspectos do processamento do fluxo de informação no discurso oral dialogado". *Gramática do Português Falado* vol I. Castilho, A. Campinas: Unicamp, 1991.
- MARCUSCHI, L.M. *Análise da conversação*. Rio de Janeiro: Ática, 1986.
- ___ "A repetição na língua falada como estratégia de formulação textual. Koch, I. G. V (org) *Gramática do português falado*. Vol. VI. Desenvolvimentos. São Paulo: Editora da Unicamp, p. 95-129, 1996.
- MARAMARIDOU, S. *Pragmatic Meaning and Cognition*. Philadelphia: John Benjamins, 2000.
- MERRIT, M. "Repetition in situated discourse - exploring its forms and functions". In: *Repetition in Discourse. Interdisciplinary Perspectives*. vol I. Advances in discourse Processes, vol XLVIII. Norwood: Ablex, p.23 – 36, 1994.
- MISHLER, E.G. *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews*. Norwood, N. J.: Ablex, 1984.
- ___ *Research Interviewing: context and narrative*. Cambridge: Cambridge Univesrsity Press, 1986
- NORRIK, N. "Functions of repetition in conversation". *Text* 7 (3), p.245-264, 1987.
- O'NEILL, J. "Relevance and Pragmatic Inference". In: *Theoretical Linguistics* 15, p.241-261, 1988-89.
- PINTO, D. *A Construção da referência no discurso de uma paciente psiquiátrica. Análise linguística para distúrbios de pensamento, fala e comunicação*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ, Instituto de Psiquiatria, 2000.
- RIBEIRO, B.T. *Coherence in psycotic discourse*. New York: Oxford University Press, 1994.
- RIBEIRO, B.T., PINTO, D. "Análise do Discurso e Psiquiatria: Processos de contextualização e comunicação. *Práticas discursivas: Instituição, tradução e literatura*. Maria José Monteiro (org). Rio de Janeiro: UFRJ, Faculdade de Letras, 2000.

- RIBEIRO, B.T., COSTA LIMA, C., LOPES DANTAS, M. T. *Narrativa, identidade e clínica*. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2001.
- SPERBER, D., WILSON, D. *Relevance. Communication and Cognition*. Cambridge: Blackwell, 1986.
- TANNEN, D. *Conversational styles: analysing talk among friends*. Norwood, New Jersey: Ablex, 1984.
- ___ *That's not what I mean!*. New York: William & Morrow, 1986.
- ___ *Talking voices. Repetition, dialogue, and imagery conversational discourse*. Cambridge University Press, 1989.
- ___ "What's in a Frame?" *Framing in Discourse*. (ed). Tannen, D. New York: Oxford University Press, p.14-56, 1993.