

**“COMO É QUE VOCÊ FICAVA QUANDO TAVA DEPRIMIDO?”:  
ESTRATÉGIAS DISCURSIVAS/INTERACIONAIS NO GERENCIAMENTO  
DO TÓPICO EM UMA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA<sup>1</sup>**

Tânia Conceição Pereira ( PUC-Rio/FFP/UERJ)

O estudo - descrição e análise – das seqüências tópicas é fundamental para qualquer analista do discurso que queira entender as dinâmicas interacionais já que é pouco provável que em alguma situação de comunicação os interlocutores não estejam *falando sobre algo*. Certamente, tanto em conversas espontâneas quanto em entrevistas médicas, terapêuticas, de emprego e em tantas outras situações interacionais/comunicativas, são encontrados diferentes *tópicos* que foram introduzidos, desenvolvidos e encerrados, tenham sido eles colaborativos ou não, impostos ou não, fracassados ou não. O *tópico* é, portanto, um componente essencial, embora não seja o único, para analisar entrevistas psiquiátricas, o objeto de estudo deste artigo.

A análise dos enquadres<sup>2</sup> responde às questões: “*o que está acontecendo aqui?*”, “*qual é o significado do que está acontecendo aqui?*” (Goffman, 1998:70). A análise tópica, por outro lado, permite examinar a estrutura de conteúdo do discurso, ‘*o que está sendo dito*’. Além disso, uma análise tópica permite também que seja feita uma relação com as identidades<sup>3</sup>, na medida em que o “*do que estou falando*” pode ser relacionado ao ‘*como eu me apresento sobre (ou com) o que estou falando*’.

Assim, sob a perspectiva sociointeracional de análise do discurso, uma teoria da contextualização que busca compreender a relação complexa entre processos comunicativos e contextos sócio-culturais, meus objetivos neste artigo são **i)** identificar o tópico do segmento da entrevista selecionado, e **ii)** estudar as estratégias discursivas dos participantes durante a entrevista psiquiátrica para introduzir, desenvolver e encerrar o tópico. Quero, portanto, descrever e analisar as estratégias discursivas/interacionais utilizadas pelo médico e pelo paciente para desenvolver o tópico da interação.

O interesse pelo tópico está relacionado ao fato de o tópico ser, inicialmente, como já foi dito, um elemento estruturador do discurso, fundamental/central de qualquer interação, seja ela uma conversa entre amigos, uma aula, uma entrevista. No que diz respeito à entrevista psiquiátrica, os tópicos constituem a vida do paciente: sua doença, família, trabalho, dentre outros, informações importantes para o profissional de saúde mental para ‘conhecer o outro nas suas múltiplas dimensões’.

Para a análise sobre o gerenciamento do tópico, serão utilizadas, principalmente, as contribuições de Brown & Yule (1983), Schiffrin (1987) e Ribeiro (1994).

## 1 A NOÇÃO DE TÓPICO DISCURSIVO

Pesquisas realizadas sobre tópicos têm sido desenvolvidas pelo menos desde a década de 60 a partir da pesquisa de Watson & Potter (1962). Nessa época, tais estudos concentravam-se na análise do conteúdo do dito, cuja proposta era a de identificar o que se falava durante as interações. Tal perspectiva, de acordo com Maynard (1980), aproxima-se de uma abordagem tradicional de análise, desvinculada do estudo da estrutura da conversação *per se*.

Na década de 70, os estudos sobre tópico voltaram-se para a estrutura do tópico discursivo: “*o tópico da conversa é organizado, podendo ser observado como um modelo a ser descrito*” (Maynard, op.cit.). Assim, tinha-se finalmente chegado à base teórica de análise das *seqüências tópicas* na medida em que o tópico não era mais concebido como tendo dois aspectos isolados – forma e

<sup>1</sup> Este trabalho é parte de minha Tese de Doutorado intitulada “A entrevista psiquiátrica: a rotina, o fazer clínico e as representações” defendida em abril de 2005 no programa de Pós-Graduação em Estudos da Linguagem do Departamento de Letras da PUC/Rio, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Maria das Graças Dias Pereira.

<sup>2</sup> Cf. Bateson (1972) e Goffman (1974).

<sup>3</sup> A análise das identidades co-construídas na entrevista foi feita na minha tese.

conteúdo passaram a integrar os estudos sobre o tópico, possibilitando melhor a descrição, explicitação e interpretação dos dados.

Na década de 80, Brown & Yule (1983) afirmaram que a noção de tópico discursivo envolvia a pergunta “*acerca do que se fala?*”. Apesar de não ter uma fronteira facilmente identificável, os autores declararam que não é o enunciado que tem o tópico, mas sim os interlocutores, os *tópicos subjetivos* nos termos de Schiffrin (1987). Também para a autora, há diferentes tipos e níveis de tópico – sua concepção expandida de tópico o coloca centrado **i)** na mensagem, frequentemente em posição inicial na oração; **ii)** no código, com status de proposição; **iii)** no falante, tópicos subjetivos; e **iv)** na interação, tópicos intersubjetivos. Na proposta de Schiffrin (1987), há também a relação entre tópicos e conhecimento partilhado – os tópicos são vistos como informação dada e nova, informação partilhada por falante e ouvinte (Ribeiro, 1994).

## 2 OS TÓPICOS DA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

Em entrevistas médico-paciente, na maioria das vezes, apenas o médico introduz referentes novos, seguindo a agenda-padrão, a busca pela informação referencial, enquanto que o paciente assegura apenas a *continuidade* tópica ao colaborar com tópico. Ele, ao responder às perguntas, legitima a agenda e mostra um comportamento adequado às expectativas geradas para esse tipo específico de encontro institucional<sup>4</sup>. Nas entrevistas médico-paciente, portanto, o papel do paciente é o de manter a *continuidade* tópica, colaborando com o tópico introduzido pelo médico por meio da agenda; o papel do médico, por outro lado, é o de introduzir referentes novos e reciclar tópicos já discutidos, promovendo a *descontinuidade* tópica (Brown & Yule, 1983). Se nas entrevistas, a agenda orienta a seleção e introdução de tópicos, ao paciente cabe sustentar, se comportando adequadamente nesse encontro institucional específico.

Em seu estudo sobre a coerência do discurso psicótico, Ribeiro (1994) utilizou a categoria *subtópico* que representa a informação nova, fornecida espontaneamente pelo paciente durante a entrevista psiquiátrica.

O padrão interacional na entrevista médico-paciente é o par adjacente P/R. O par pergunta-resposta constitui o tipo de estrutura mais comumente usada em entrevistas para manter a continuidade do tópico. O médico controla a organização sequencial da entrevista e traz para a mesma um conjunto de tópicos que são necessários ao encontro: história de vida, histórias da doença, incluindo outras interações, trabalho, relacionamento com a família, planos futuros e outros, pois tais tópicos farão com que o médico ‘conheça’ o paciente, podendo, assim, ‘construir’ o diagnóstico e determinar a mais adequada conduta terapêutica.

A partir dos diferentes enquadres estabelecidos nas entrevistas, o médico estará adotando, então, diferentes procedimentos interacionais (ou papéis discursivos) como falante ou como ouvinte na co-construção do discurso. No papel de falante principal, ele utilizará perguntas/pedidos de confirmação, explicação, informação (Mishler, 1984), sejam elas objetivas, com um foco determinado, ou perguntas exploratórias, com o objetivo de propiciar aos pacientes que desenvolvam seus relatos que estarão relacionados aos tópicos da agenda: história pessoal, familiar, dentre outros tópicos (cf. Sullivan, 1983; Dalgarrondo, 2000; Portella Nunes & outros, 2001). Segundo Clark & Mishler (2001), geralmente a entrevista tem uma estrutura rígida, com a incidência de perguntas do tipo sim/não (polares) ou com algumas alternativas fixas (p. 13). Tais perguntas restringem as respostas porque são limitadas a conteúdos específicos. Os pacientes, cumprindo o papel de informantes, devem responder às questões propostas, evitando acrescentar informações para que não sejam interrompidos com “ações corretivas” como repetições e reformulações de perguntas anteriores que restabelecem a agenda. Apesar de esse ‘direcionamento discursivo’ do médico existir na medida em que as perguntas impõem uma resposta, o médico verdadeiramente está seguindo o roteiro da entrevista clínica, e essas

<sup>4</sup> Gonçalves (1995) utiliza o termo *discurso institucionalizado* para uma gama de interações assimétricas em que os participantes não compartilham de igual poder, *status* relativo, papéis e objetivos. Tais interações caracterizam-se por haver um rígido controle das estruturas de troca dos participantes, estando um deles investido do poder institucionalizado de dirigir o discurso.

informações ‘exigidas’ são importantes para a construção do diagnóstico e para a condução do tratamento<sup>5</sup>.

Apesar dessa necessidade que o médico tem de buscar informações a partir da agenda, Mishler (1992, 1995) afirma que o espaço cedido ao paciente deve ser cada vez maior para que ele possa falar sobre sua vida pessoal, pois é nesse momento que o médico poderá conhecê-lo melhor e, conseqüentemente, poderá conhecer a história de sua doença, seu mundo de experiência. Com uma proposta de reenquadramento da entrevista clínica que é definida como ‘a arte de comunicar-se com o paciente’, Clark & Mishler (2001) recuperam a crítica a uma medicina de base biomédica. Eles vão demonstrar como determinadas estruturas discursivas podem facilitar ou impedir a expressão das histórias de vida dos pacientes (p. 12).

### 3 A PESQUISA E O ESPAÇO DO ENCONTRO

A pesquisa descrita neste trabalho é de natureza qualitativa e interpretativista (Gumperz, 1982; Erickson & Schultz, 1998), de natureza etnográfica<sup>6</sup> - observação participante - (Malinowski, 1976; Geertz, 1989). Os dados foram gravados em vídeo e foram feitas notas de campo, incluindo entrevistas com médicos, observação participante, participação em supervisões clínicas, dentre outras, tendo como objetivo estudar o comportamento verbal e não-verbal<sup>7</sup> no contexto específico de interação – a entrevista psiquiátrica. A análise baseia-se em um fragmento de entrevista que foi gravada em vídeo no IPUB - Instituto de Psiquiatria em 2004.

#### 3.1 Os participantes

O *médico* - D<sup>r</sup>. Osvaldo é Doutor em Psiquiatria pelo IPUB/UFRJ com formação em psicanálise. Integra a equipe de supervisores do Instituto de Psiquiatria e é membro da Associação Casa Verde<sup>8</sup>. O médico-supervisor tem, aproximadamente, 40 anos, é casado e tem dois filhos.

O *paciente* - José Mário tem 44 anos, é casado e tem dois filhos. É formado em Ciências Contábeis, mas não exerce a profissão. É carioca e mora em Santa Teresa. Seu diagnóstico é transtorno bipolar do humor<sup>9</sup> (cf. DSM IV).

#### 3.2 O encontro

O fragmento que será analisado é a primeira parte da entrevista que tem duração de 30 minutos (l. 1 até a l. 429). Ele é a continuação de um fragmento anterior em que o médico, dentro do enquadre institucional exploratório, alinhando-se ao paciente, promove o gerenciamento do tópico ‘causas da internação atual’. José Mário disse que a causa da internação atual era a ausência da medicação. Ele voluntariamente parou de tomar a medicação porque gostava de beber:

**116 José Mário:** é, sábado eu páro de tomar o remédio e também entorno o caldo pertinho da minha casa vou rastejando vou de gatinho pela pela pela escada e chego em casa pô tá entendendo o bar é ali pertinho.= [rindo]

<sup>5</sup> A entrevista deve ter um inquérito mínimo a partir do qual o médico poderá obter informações importantes: uso de drogas, traumatismo, efeitos da doença, dentre outros (Comentário feito pelo Prof. Benilton Bezerra durante o Exame de Qualificação em abril/2003).

<sup>6</sup> O termo *etnografia* significa ‘escrever sobre o outro’.

<sup>7</sup> Nesta pesquisa, o comportamento não-verbal dos participantes é analisado apenas de forma complementar.

<sup>8</sup> A Associação Casa Verde, com sede no bairro de Botafogo, é um núcleo de atendimento aos serviços de saúde mental.

<sup>9</sup> Segundo Portella Nunes & outros (2001), o humor dos pacientes acometidos pela doença está desproporcionalmente elevado em relação às circunstâncias do indivíduo e pode variar de uma jovialidade despreocupada a uma excitação quase incontrolável. Além disso, há um aumento de energia, com hiperatividade, logorréia e diminuição da necessidade de sono. Dentre outros sintomas, também é apontado que o paciente tem a auto-estima inflada e a grandiosidade ou idéias superotimistas são livremente expressas (p. 128) (cf. Diretrizes Diagnósticas da CID-10 -Código Internacional de Doenças - para a Mania).

José Mário, no exemplo selecionado para análise, introduz um *subtópico* (cf. Ribeiro, 1994) que representa a informação nova, fornecida espontaneamente pelo paciente.

#### SEGMENTO

(...)  
 129 **Dr. Oswaldo:** .. e a í você parou de tomar o remédio  
 130 **José Mário:** chego a tá com a garganta doendo de tanto falar  
 131 **Dr. Oswaldo:** tá falando muito  
 132 **José Mário:** não sei se é a aceleração do pensamento, pode ser também né?=  
 133 **Dr. Oswaldo:** =isso acontece com você?  
 134 **José Mário:** não  
 135 **Dr. Oswaldo:** nunca aconteceu de ficar mais acelerado?  
 136 **José Mário:** não às vezes já já já  
 137 **Dr. Oswaldo:** já aconteceu outras vezes=  
 138 **José Mário:** =já, eu adivinhava o que tu pensava  
 139 **Dr. Oswaldo:** você tinha outra  
 140 **José Mário:** quando você ia falar alguma coisa eu já respondia na tua frente  
 141 **Dr. Oswaldo:** e isso aconteceu de outras vezes quando você estava internado?  
 142 **José Mário:** isso aconteceu há muitos anos atrás há uns dezessete anos atrás  
 143 **Dr. Oswaldo:** de ficar muito acelerado fazendo outra coisa  
 144 **José Mário:** o médico achou=  
 145 **Dr. Oswaldo:** =humhum. mas aconteceu uma vez só?=  
 146 **José Mário:** =ahã=  
 147 **Dr. Oswaldo:** =aconteceu uma vez só?=  
 148 **José Mário:** =é, aí me internaram=  
 149 **Dr. Oswaldo:** =mas depois nas outras internações isso não aconteceu de novo  
 150 **José Mário:** não nunca mais  
 151 **Dr. Oswaldo:** as outras internações  
 152 **José Mário:** aí depressão  
 153 **Dr. Oswaldo:** as outras ( ). depressão  
 154 **José Mário:** depressão, aí veio a fase maníaco-depressivo=  
 155 **Dr. Oswaldo:** =hum. e como é que você ficava quando tava deprimido?  
 156 **José Mário:** ah porra não queria a única coisa que eu queria fazer era fumar e:: ter sexo o resto nada que tinha que tinha assim vontade de fazer  
 158 **Dr. Oswaldo:** não saía de casa?=  
 159 **José Mário:** =não saía queria viver só no escuro dormindo=  
 160 **Dr. Oswaldo:** =humhum=  
 161 **José Mário:** =queria morrer=  
 162 **Dr. Oswaldo:** =você tentou alguma vez se matar?  
 163 **José Mário:** não eu pô minha vida pertence a Deus quem tem que me tirar é Deus não sou eu. Eu tenho livre arbítrio de me matar mas quem quem me mata é Ele então se eu tiver que morrer agora eu vou morrer agora meu livre arbítrio é Deus.. tá entendendo?=  
 166 **Dr. Oswaldo:** =humhum. então aconteceu uma só vez de você ficar agitado, as outras vezes era depressão.  
 167 **José Mário:** depressão  
 (...)

#### 4 A ANÁLISE

Na l. 130, como a declaração “*chego a tá com a garganta doendo de tanto falar*”, José Mário introduz um subtópico (Ribeiro, op.cit.), uma informação nova. Esse ‘redirecionamento’ é ‘aceito’ pelo médico, que, no enquadre exploratório<sup>10</sup>, faz perguntas procurando compreender a ‘descrição’ feita pelo paciente no que diz respeito à sintomatologia da sua doença. Dr. Oswaldo não faz apenas perguntas; ele repete parcialmente e/ou complementa o que foi dito pelo paciente, co-construindo a exposição das queixas do paciente, explorando/gerenciando o subtópico introduzido por José Mário.

<sup>10</sup> A análise dos enquadres da entrevista foi feita em minha tese.

Nos termos de Mishler (1992, 1995), Dr. Oswaldo desempenha o papel de encadeador das ações do paciente.

Na l. 132, o paciente mostra a sua familiaridade em relação à nomenclatura psiquiátrica: “*não sei se é aceleração do pensamento, pode ser também né?*”<sup>11</sup>. O médico não responde à pergunta, mas sinaliza que está interessado em saber mais sobre os sintomas da doença que o paciente diz sentir, explorando: “*isso acontece com você?*” (l. 133). Embora sem muita convicção, o paciente afirma: “*não*” (l. 134) e “*não às vezes já já já*” (l. 136). Na l. 138, o paciente explica o que significa para ele “*aceleração do pensamento*”: “*já, eu adivinhava o que tu pensava*”, sem que o médico tivesse requerido. ‘Aceleração do pensamento’, então, para o paciente significa ter o poder de ler os pensamentos alheios. José Mário tenta exercer aqui o papel de ‘especialista’, ao demonstrar que conhece os sintomas da sua doença, além de poder ler os pensamentos alheios. Nesse momento, vê-se a relação estreita entre ‘*o que eu digo*’ (tópico) e ‘*como eu me apresento com o que eu digo*’ (identidade).

Dr. Oswaldo prossegue, buscando explorar o subtópico: “*e isso aconteceu de outras vezes quando você estava internado?*” (l. 141). O paciente responde: “*isso aconteceu há muitos anos atrás há uns dezessete anos atrás*” (l. 142), período que coincide com o início dos problemas psiquiátricos. O paciente tenta prosseguir no seu relato (l. 144): “*o médico achou*” e Dr. Oswaldo insiste na pergunta: *hum...mas aconteceu uma vez só*” (l. 145), “*aconteceu uma vez só?*” (l. 147) e “*mas depois nas outras internações isso não aconteceu de novo?*” (l. 149). Essa ‘insistência’ é uma “ação corretiva” (Clark&Mishler, 2001) que se materializa discursivamente como repetições e reformulações de perguntas anteriores. Nesse momento, o médico exerce seu poder médico-institucional.

José Mário, a seguir, na l. 148, afirma que esse teria sido o motivo da sua primeira internação: “*é, aí me internaram*” (l. 148). Dr. Oswaldo procura confirmar as informações dadas pelo paciente, fazendo mais perguntas. Então, na l. 149, realiza outro pedido de informação, buscando explorar quais teriam sido outros possíveis sintomas: “*as outras internações*” (l. 151). O médico é ‘interrompido’ pelo paciente: “*aí depressão*” (l. 152). Apesar dessa interrupção, Dr. Oswaldo colabora com o paciente que mais uma vez sinaliza que “compreende” o jargão psiquiátrico, afirmando que nas outras internações veio a fase maníaco-depressiva: “*depressão, aí veio a fase maníaco-depressivo*” (l. 154).

Oswaldo, na l. 155, no enquadre institucional exploratório, desenvolve o subtópico ‘sintoma da doença/depressão’: “*hum. e como é que você ficava quando tava deprimido?*” (l. 155). A pergunta é respondida pelo paciente em tom de lamento: “*ah porra não queria a única coisa que eu queria fazer era fumar e:: ter sexo o resto nada que tinha que tinha assim vontade de fazer*” (l. 156-157). Nos turnos seguintes (l. 158-162), Dr. Oswaldo faz perguntas exploratórias, desenvolvendo o subtópico:

158 **Dr. Oswaldo:** não saía de casa? =

159 **José Mário:** =não saía queria viver só no escuro dormindo =

160 **Dr. Oswaldo:** =humhum =

161 **José Mário:** =queria morrer =

162 **Dr. Oswaldo:** =você tentou alguma vez se matar?

A partir da pergunta do médico “=você tentou alguma vez se matar?” (l. 162), José Mário nega veementemente “*não eu pô minha vida pertence a Deus quem tem que me tirar é Deus não sou eu. Eu tenho livre arbítrio de me matar mas quem quem me mata é Ele então se eu tiver que morrer agora eu vou morrer agora meu livre arbítrio é Deus.. tá entendendo?*” = “, deixando clara sua concepção judaico-cristã contra o suicídio. Nesse momento também vê-se a relação entre o que é dito e como o paciente se apresenta com o que diz.

Dr. Oswaldo, no entanto, ignora o comentário feito pelo paciente, e recicla o subtópico ‘sintomas da doença/depressão’, promovendo a *descontinuidade tópica* (Brown&Yule, 1983): “=humhum. então aconteceu uma só vez de você ficar agitado, as outras vezes era depressão”. O marcador discursivo ‘então’ (l. 166), além de retomar o que tinha sido dito, promove também uma ‘costura’, um resumo do que foi dito pelo paciente. Ele, então, confirma: “*depressão*” (l.167).

<sup>11</sup> Constam em seu prontuário inúmeras e sucessivas internações. Talvez em virtude disso se explique a utilização do vocabulário técnico do contexto psiquiátrico.

Apesar de os médicos nas entrevistas psiquiátricas se orientarem pela agenda, o que pode 'limitar' as contribuições do paciente, Dr. Oswaldo se comporta discursivamente de maneira colaborativa, facilitando o desenvolvimento/gerenciamento do tópico mesmo quando ele é introduzido pelo paciente, o que não é comum nesse tipo de encontro já que ao paciente cabe manter a *continuidade tópica* (cf. Brown & Yule, 1983), respondendo adequadamente às expectativas desse tipo de encontro institucional. As estratégias discursivas/interacionais utilizadas pelo médico para desenvolver os tópicos foram as perguntas para explicitar o que estava sendo dito, perguntas/pedidos de confirmação, explicitação, informação. Dr. Oswaldo desempenhou portanto, o papel de encadeador e de co-construtor do discurso do outro (Mishler, 1992, 1995).

Embora a interação sob análise seja considerada assimétrica em função da representação social-institucional e do poder do médico, em relação ao tópico, foi visto que ao paciente foi permitido introduzir referentes novos. Esse comportamento, mesmo não sendo comum nesse tipo de encontro, não foi duramente 'corrigido' pelo médico - José Mário pôde fornecer informações não requeridas e pôde 'se apresentar' com o que estava dizendo. E isso foi possível porque o médico encadeou as ações do paciente com perguntas que promoveram a continuidade do tópico. Dr. Oswaldo demonstrou, portanto, sua preocupação com uma Medicina não centrada em uma base biomédica, adotando um modelo empático de comportamento com o paciente, materializado na relação cooperativa de atenção pelo outro e pelo que está sendo dito, e de interesse pelo que o paciente pode trazer do seu mundo de suas experiências. É a proposta de reenquadramento da entrevista nos termos de Clark & Mishler (2001).

Se é com a entrevista (mas não apenas com ela) que o médico pode construir o diagnóstico e o encaminhamento terapêutico, a análise desse tipo de interação contribui para entender como o discurso é co-construído, e em que medida um determinado comportamento discursivo do médico o auxiliará ou não na compreensão do sofrimento/da estória do outro. Um trabalho, então, sobre a entrevista psiquiátrica, tendo foco no gerenciamento do tópico ou em outra categoria de análise, é relevante para uma prática assistencial preocupada com o mundo de experiências dos pacientes. E é neste sentido que pode-se afirmar que a Sociolinguística Interacional, cujo objetivo é estudar a organização do discurso nas diferentes interações sociais, ressaltando a natureza dialógica da linguagem humana, oferece instrumentos para compreensão dos processos envolvidos no uso da linguagem, facilitando, conseqüentemente, as relações entre os participantes.

## REFERÊNCIAS

- BATESON, G. (1972) *A theory of play and fantasy*. In: *Steps to an ecology of mind*. N.Y.: Ballantine Books.
- BROWN, G. & YULE, G. (1983) *Discourse Analysis*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM-IV (1995): referência rápida. Porto Alegre: Artes Médicas.
- CLARK, J. A. & MISHLER, E. (2001) Prestando atenção às histórias dos pacientes: o reenquadramento da tarefa clínica. In: *Narrativa, Identidade e Clínica*. Ribeiro, B.T.; Costa Lima, C. & Lopes Dantas, M.T.(orgs.) Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA.
- DALGALARRONDO, P. (2000) *Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- ERICKSON, F. & SCHULTZ, J. (1998) "O 'quando' de um contexto. Questões e métodos na análise da competência social". In: *Sociolinguística Interacional. Antropologia, Linguística e Sociologia em Análise do Discurso*. Ribeiro, B.T. & Garcez, P. M. (orgs) Porto Alegre: Editora AGE.
- GEERTZ, C. (1989) *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- GOFFMAN, E. (1974) *Frame analysis: An essay of the organization of experience*. New York: Maple Press.
- \_\_\_\_\_ (1998) "A situação negligenciada". In: *Sociolinguística Interacional. Antropologia, Linguística e Sociologia em Análise do Discurso*. RIBEIRO, B. T. & GARCEZ, Pedro M. (orgs.) Porto Alegre: Editora AGE.
- GONÇALVES, José C. O tópico discursivo no discurso institucionalizado. In: *Investigações 5* (1995), 263-285.
- GUMPERZ, J. (1982) *Discourse strategies*. Cambridge: Cambridge University Press.

- MALINOWSKI, B. (1976) *Argonautas do pacífico ocidental. Um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné – Melanésia*. São Paulo: Editora Abril.
- MAYNARD, Douglas W. (1980) Placement of topic changes in conversation. *Semiotica* 30: 3- 4, 263-290.
- MISHLER, E. G. (1984) *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews*. Norwood, N.J.: Ablex.
- \_\_\_\_\_ (1992) Work, Identity and Narrative: an artist-craftsman's story. In ROSENWALD, G.C.& OCHBERG, R.L. (eds.) *Storied Lives: the cultural politics of self-understanding*. NY: Yale University Press.
- \_\_\_\_\_ (1995) Narrative Accounts in Clinical and Research Interviews. In: GUNNARRSON, B.L; LINELL, P. & NORDBERG, B. (eds.) *The Construction of Professional Discourse*. London: Longman.
- PORTELLA NUNES & outros (2001) *Psiquiatria e Saúde Mental. Conceitos Clínicos e Terapêuticos Fundamentais*. São Paulo: Atheneu.
- RIBEIRO, B. T. (1991) Papéis e alinhamentos no discurso psicótico. *Cadernos de Estudos Lingüísticos*, 20: 113-138, jan./jun.
- \_\_\_\_\_ (1994) *Coherence in Psychotic Discourse*. N. Y.: Oxford Press.
- SCHIFFRIN, D. (1987) *Discourse markers*. Cambridge: Cambridge University Press.
- SULLIVAN, H. S. (1983) *A entrevista psiquiátrica* (trad. Maria A. V. Cunha). Rio de Janeiro: Editora Interciência.
- WATSON, J. & PORTER, R. J. (1962) Na analytic unit for the study of interaction. *Human Relations* 15, 245-264.