

---

CLÁUDIO CHAVES BEATO FILHO

Departamento de Sociologia  
e Antropologia da Universidade  
Federal de Minas Gerais

---

## A Realidade Social como um Processo Interpretativo <sup>(1)</sup>

---

63

*Apresentam-se os resultados de uma pesquisa em uma organização voltada para o atendimento de suicídios e tentativas de suicídio. O objetivo do*

*estudo é mostrar como são produzidos os dados "brutos" no interior de uma organização encarregada da produção de dados estatísticos.*

O propósito deste ensaio é a discussão empírica do princípio da *reflexibilidade* contido na elaboração do fenómeno social do suicídio. Para tal, procurarei explorar as orientações cognitivas de natureza racional-prática que atuam no sentido da "produção" desse fenómeno social. Lançarei mão de dados obtidos a partir de observações feitas por mim durante o ano de 1988, num período de cerca de quatro meses num hospital de pronto-socorro.

Uma conhecida orientação teórica na sociologia diz respeito à sociologia do conhecimento de senso comum. O título do livro de Berger e Luckmann, *A Construção Social da Realidade* (1966) ilustra de maneira eloquente o horizonte no qual desenrolam-se as premissas mais radicais desta orientação; a noção de que a realidade social é o produto de atividades e orientações cognitivas dos atores sociais. Antes de utilizar-me deste "chavão" sociológico como mera figura retórica, procurarei

**A produção  
do fenómeno**

---

<sup>(1)</sup> Este artigo é parte da minha tese de doutorado a ser defendida no IUPERJ, sob a orientação do Prof. Edmundo Campos Coelho. Gostaria de agradecer aos Profs. António Luiz Paixão, Renan Springer Freitas e Welber da Silva Braga pelos comentários. Como da praxe, a responsabilidade pelos resultados é toda minha.

investigar empiricamente quais os mecanismos que atuam na produção de uma dada realidade social. O material escolhido para a análise será a produção do fenômeno do suicídio no interior de uma organização voltada para o atendimento e prevenção de suicidas.

A produção das realidades à qual me refiro, portanto, está ancorada em contextos organizacionais que, por requererem atividades rotineiras, tornam mais visíveis os padrões e perfis a partir dos quais estruturam suas atividades. Dito em outras palavras, o sentido de realidade que emerge da atividade de uma organização pode ser avaliado a partir dos mecanismos cognitivos operantes na orientação dessas atividades.

Um dos aspectos mais marcantes de uma organização burocrática é a forma como, através de procedimentos rotineiros, ela processa pessoas. Sumariamente, podemos dizer que essa atividade é o resultado de uma série de procedimentos de natureza interpretativa que encarregam-se de regras e procedimentos gerais, em termos de uma racionalidade prática apropriada a casos específicos. Desse ponto de vista, organizações burocráticas são similares:

"General procedural rules are laid down for members, and members develop and employ own theories, recipes, and shortcuts for meeting general requirements acceptable to themselves and tacitly or explicitly acceptable to other members acting as 'supervisors' or some form of external control." (Cicourel, 1968)

Um dos resultados da atuação dessa infinidade de mecanismos cognitivos que entram em ação a partir desse momento, é justamente a criação de índices e relatórios que possam ser apreciados como relatos ordenados a respeito das atividades da organização perante qualquer instância de supervisão e controle de suas actividades (Garfinkel, 1967: 78). Habitualmente tomamos tais relatos e índices como dados "brutos" a respeito do fenômeno; são signos de uma realidade, semelhantes a fotografias de uma paisagem. Qual é a lógica que opera na constituição desses signos? Ou, em outras palavras, como, quando e a partir de que parâmetros, um caso é categorizado como sendo uma tentativa de auto-extermínio (?)? A descrição dessas atividades é um componente importante na elaboração de um sentido estruturado de realidade social.

---

(?) Foge ao escopo deste trabalho a análise das consequências que esta tipificação acarreta sobre a vida dos indivíduos. Isto não retira a importância, contudo, que este processo de estigmatização tem sobre a vida dessas pessoas.

A organização de que tratamos é um hospital de Pronto Socorro (HPS), situado na região metropolitana de Belo Horizonte. Trata-se de um dos hospitais de pronto-socorro mais utilizados pelos habitantes da cidade, especialmente pela população de baixa renda. Ali são atendidos casos de emergência tais como acidentes dos mais diversos tipos, doenças súbitas, intoxicações, etc.

No HPS existe um Serviço de Toxicologia, destinado ao atendimento de emergência de pessoas intoxicadas por remédios, mordidas de animais peçonhentos, ou envenenamento por plantas e substâncias tóxicas. Boa parte do atendimento do Serviço, entretanto, são casos de tentativa de suicídio através de ingestão de substâncias tóxicas, remédios, soda cáustica, estricnina e similares <sup>(3)</sup>.

O *staff* do Serviço era composto de dois médicos, responsáveis formais pelo atendimento, e vinte e cinco bolsistas, recrutados mediante concurso público entre estudantes do 4.º e 5.º ano das escolas de medicina. Além disso, cada ambulatório do hospital está sob a responsabilidade de um clínico encarregado de, ao lado dos responsáveis pelo Serviço, orientar as atividades dos bolsistas. Em casos "normais", são os bolsistas que atendem os pacientes, sempre sob a orientação de médicos e residentes, ou bolsistas mais experientes.

O roteiro típico de atendimento consiste no seguinte: um paciente, vítima de intoxicação, chega à portaria do hospital onde, após uma triagem, é encaminhado a um dos ambulatórios existentes; Masculino, Feminino, Infantil ou de Poli-traumatizados. Imediatamente, soa uma campainha na sala do Serviço de Toxicologia anunciando sua chegada. A partir desse momento o paciente começa a ser atendido pela organização que irá processá-lo através de padrões rotineiros. As páginas seguintes tratam desse processo.

Quando soa a campainha, os plantonistas de serviço identificam, então, a primeira senha dada pela organização do que os aguarda nos ambulatórios. Um toque de campainha significa atendimento no ambulatório das crianças; provavelmente vítima ou de intoxicação por substâncias ou remédios bonitos, vistosos e aparentemente gostosos, ou de uma picada de escorpião (coisa muito comum nesta região do país), ou ainda de ingestão de alguma substância tóxica. Dois, três ou vários toques — ambulatórios masculino, feminino ou poli-traumatizados respectivamente — indicam a presença de adultos

<sup>(3)</sup> Segundo dados colhidos pelo pessoal do Serviço, cerca de 70% dos casos atendidos ali são de tentativas de auto-extermínio.

que, segundo a rotina da organização, acredita-se terem ingerido voluntariamente uma grande quantidade de remédios e/ou substâncias tóxicas. O mais temido dos sinais pelos plantonistas é o toque dos poli-traumatizados, por se tratar de pacientes já em estado de coma, e que requerem cuidados mais urgentes.

Os plantonistas, então, dão início a um procedimento que repete-se dia a dia, num roteiro típico, com atores que desempenham basicamente os mesmos papéis. É um trabalho difícil, mas bastante rotinizado. Reza o roteiro ideal que os plantonistas, em casos de intoxicação, procurem saber o *que*, *quanto* e *quando*, o paciente ingeriu a fim de que possam implementar terapias apropriadas a cada caso. É realizada uma anamnese com o paciente onde levantam-se suspeitas que, posteriormente, após o exame físico e laboratorial, serão confirmadas ou não, remetendo a condutas terapêuticas adequadas. Essa é a regra geral de procedimento.

Entretanto, existe uma série de outros procedimentos de ordem prática, que podem abreviar algumas dessas etapas, embora estas ainda possam ser mantidas como normas de conduta geral no intuito de se assegurar um diagnóstico mais consistente. Um desses procedimentos, adotado logo após a entrada no ambulatório, consiste na observação do comportamento dos pacientes — se está agitado ou não, se “teatrais”, se existem pessoas que os acompanham, quem são essas pessoas e coisas assim (\*). Tais observações servem para estabelecer uma categorização inicial do paciente, conduzindo imediatamente aos primeiros procedimentos a serem adotados pelo plantonista tais como a urgência ou não do atendimento, a seriedade do caso, e até mesmo a maior ou menor dificuldade em se lidar com o paciente. Este processo de tipificação continuará ao longo do atendimento, mediante observações efetuadas pelo plantonista, e, por extensão, acionará distintas formas de conduta apropriadas a cada caso. Conforme é ilustrado nos depoimentos de plantonistas a seguir:

“Se um paciente chega aqui com a família e namorado, pode saber que é mais um ‘chilique’. Quem quer realmente morrer não avisa a família toda.”

---

(\*) Poderíamos dizer que estamos diante de dispositivos de categorização semelhante ao analisado por Harvey Sacks (1966). Temos uma coleção de indivíduos (os pacientes) que devem ser categorizados de acordo com regras de consistência e economia, i.e., que a cada membro corresponda uma categoria que seja singular, mas que se preste à ordenação sistemática de casos novos que eventualmente surjam. Talvez a característica mais marcante da utilização de dispositivos de categorização no atendimento de suicidas seja a premência da situação, que exige dos bolsistas uma razoável margem de consistência na ordenação dos pacientes.

"Os pacientes que realmente levam a sério a sua tentativa, geralmente são trazidos por outras pessoas que os encontraram, sonegam informações e coisas assim."

Os plantonistas procuram indícios que indiquem a eles que atitudes tomar em relação a cada caso. Tais evidências surgem da observação do comportamento do paciente, e de testes de reflexos que evidenciam o grau de consciência do paciente. Os plantonistas trabalham, então, com fórmulas proverbiais bastante simples tais como "pessoas que tomam remédios estão geralmente apagadas, e raramente agitadas" <sup>(5)</sup>, ou "pessoas realmente suicidas não são teatrais", "conversão histérica", etc.

A grande questão enfrentada pelos plantonistas nesse momento é de como interpretar adequadamente esse "cenário" inicial de atendimento de tal maneira a colher indícios apropriados para a montagem de um diagnóstico correto. Uma parte desse cenário é composta pelos relatos apresentados pelos pacientes e/ou familiares. A outra parte deriva de certos esquemas mentais pelos quais é avaliada a consistência dos dados observados empiricamente nos pacientes intoxicados. Os plantonistas orientam-se pelo "cenário" de atendimento — estado do paciente, acompanhantes, etc. — bem como por algumas informações preliminares a respeito do paciente, para acionar algumas tipificações correntes em sua atividade diária. Trata-se de um procedimento prático que é calcado no conhecimento e na formação dos plantonistas, por um lado, e nas informações fornecidas pelos pacientes e familiares, por outro.

O esquema mental a partir do qual inicia-se a montagem de um diagnóstico pode ser ilustrado pelas fichas de um arquivo ali existente, contendo informações a respeito da ação de diversos medicamentos. As fichas, no caso, ilustram um conhecimento formalizado que, para efeitos práticos do Serviço, estão microfilmados e à disposição dos plantonistas num extenso arquivo do HPS. Elas derivam do corpo de conhecimentos da profissão. Tais fichas constituem-se numa tradução do conhecimento formal a partir do qual inicia-se a montagem de um possível quadro clínico do paciente. Podemos dizer que essa primeira ordem de descrições traduz um sistema de conhecimento "declarativo" ou "objetivo" acerca das condições de um paciente

<sup>(5)</sup> Segundo observações de um médico mais experiente de serviço, tais evidências podem ser contraditórias, já que alguns estados pré-comatosos podem caracterizar-se justamente pela agitação dos pacientes. Contudo, esta parece ser mais uma exceção da regra com a qual os plantonistas orientam suas atividades.

(Cicourel, 1984; cf. ainda Cicourel 1985; 1987). Conforme Cicourel:

"Schema theory, or the schematized knowledge that directs and is influenced by our experience, refers to cognitive structures or underlying representations in our memory (...). The notion of schema can represent very general and abstract categories or quite discrete features." (Cicourel, 1984)

68

Essas orientações gerais, entretanto, devem ser interpretadas num contexto. Conforme foi discutido acima, este contexto começa a ser formulado no que eu chamei de cenário inicial de atendimento, no qual emergem "tipos" e condutas apropriadas a cada caso. Outros elementos do contexto serão arrolados a partir da observação clínica dos sintomas apresentados pelo paciente. Neste primeiro momento, o plantonista deve ser capaz de interpretar orientações e normas de procedimento gerais, de acordo com o caso específico que tem em mãos. Tomemos o diálogo seguinte, onde é realizada uma anamnese com um adulto de 32 anos de idade, que está num dos ambulatórios do hospital. A entrevista é realizada pela médica (M), com o pai (P) e irmão (I) do paciente:

1M — Você é o irmão dele? O que é que aconteceu com ele?

2 Me conta como é que foi a história.

3P — Olha, pelas informações que a gente teve foi o seguinte:

4 Chegou um senhor com ele lá em casa, e ele já estava

5 nesse estado, em coma, né?

6 E ele apanhou o rapaz na rua, e a gente foi averiguar, e

7 ficamos sabendo que ele tinha comprado uns comprimidos.

8 Ele tem problemas de epilepsia, e,

9 segundo o médico, ele tomou uma dose excessiva.

10M — Ele usava Gardenal, não é?

11P — Está escrito aí (indicando a receita para a médica)

12 (médica examina a receita durante 20 segundos)

13 Então, eles acham que ele tomou uma dose excessiva.

14M — Sabe se ele caiu, ou teve alguma coisa? Bateu a cabeça?

15P — Olha, ele estava no ônibus. E quando chegou no ponto

16 final, eles acharam que ele tava bêbado.

17 Então o senhor apanhou ele, e o levou pra casa.

- 18I — Ele chegou falando embolado. Mas eu não tava em casa.  
 19 Quando eu cheguei, ele já estava assim.  
 20P — E como ele não voltava a si, nós fomos correndo com ele  
 21 ao Hospital da Santa Casa, e nos mandaram pra cá.  
 22 (a médica examina o paciente)  
 23M — É a primeira vez que isto acontece?  
 24P — Não. Isto já aconteceu uma vez em São Paulo. Ele estava  
 25 trabalhando lá. E ele não conforma com a doença dele.  
 26 Ele não aceita. E aí os médicos lá falaram  
 27 que ele ficou impotente, aí deu um trauma nele.  
 28 E "não, porque eu quero morrer mesmo  
 29 e eu sempre quis ter filhos". E foi um trauma violento  
 30 na cabeça dele.  
 31 E já tinha que tomar comprimido todo dia.  
 32 e tinha três dias que ele não tomava, e dava convulsão  
 33 e aquele negócio. Aí ele saiu para pegar a receita, e  
 34 a volta foi essa.  
 35M — Vamos fazer um exame de sangue ali prá gente ver, tá?

O caso consta nas fichas médicas na categoria das tentativas de auto-extermínio.

O diálogo inicia-se com uma questão aparentemente ambígua — "o que aconteceu?" e "como é que foi a história?". Contudo, no contexto em que é formulada, tem um significado bastante definido, cuja resposta está contida nas linhas 5 e 7; o filho está em coma, aparentemente vítima de uma dose excessiva de medicamentos. A médica, então, procura colher dados a respeito do medicamento na linha 10. Logo a seguir (linha 14), procura eliminar outras possíveis causas para o estado do paciente. Um elemento importante está contido na linha 8 quando, ao mencionar a doença do filho, o pai identifica também a possível causa da intoxicação. A receita, neste contexto, é uma evidência do agente tóxico ingerido pelo paciente.

Na linha 18 encontra-se uma expressão indéxica <sup>(6)</sup>, cujo significado pode ser compreendido somente em referência ao

<sup>(6)</sup> Indexicalidade refere-se à natureza contextual de objetos e eventos. O significado das coisas que falamos, sem um contexto específico a lhes amparar, seria múltiplo e ambíguo. Rotineiramente as pessoas não necessitam explicitar claramente o sentido daquilo que dizem ou que fazem, pois o significado dessas ações é entendido em referência a um "contexto pragmático", segundo a expressão de Bar-Hillel, 1954.

contexto no qual emerge o texto. "Falar embolado" pode ser o sintoma de um início de depressão do sistema nervoso central. Aliás, é interessante notar como o mesmo fenômeno foi interpretado diferentemente, segundo a versão do pai na linha 16; alguém cambaleante e com voz arrastada, no ponto final do ônibus, pode ser um bêbado; num ambulatório de hospital, torna-se um suicida. Em ambos os casos, no ambulatório e na rua, o contexto informa a categoria adequada para o caso. Como estamos no ambulatório, interessa-nos saber quais os elementos utilizados para a categorização do caso como uma tentativa de suicídio.

Nas linhas 24 e 34 é fornecida uma série de indicações decisivas para a categorização do caso. São motivações que surgem como elementos causais do comportamento do paciente; impotência (linha 27), epilepsia (linha 25), os constrangimentos causados pela doença (linhas 31, 32 e 33). Motivações tais como "ter filhos", ou "querer morrer" são aqui arroladas como fatores causais pelo pai, e interpretados pela médica como evidências para a montagem do diagnóstico. As evidências, no caso, são dadas pelo relato do pai, bem como pelas observações do quadro clínico do paciente. Entretanto, tais evidências são escolhidas com base numa interpretação assumida; a hipótese de tentativa de suicídio, que é, aliás, explicitamente formulada pelo pai na linha 28. A respeito da natureza das evidências, em termos muito afins à definição de Fish, uma evidência "is always a function of what it is to be evidence for, and is never independently available. That is, the interpretation determines what will count as evidence for it, and the evidence is able to be picked out only because the interpretation has already been assumed" (Fish, 1979: 246).

A interação entre aquela forma de conhecimento abstrato, objetivo, gerido por regras de inferência, com o cenário particular de atendimento — embebido de expressões indíceas, conforme vimos acima — termina por gerar um conhecimento "processual". A função desse conhecimento "processual" é organizar diferentes tipos de experiência pela referência a aspectos práticos do exercício profissional. São "problemas" enfrentados cotidianamente, cuja solução consiste numa articulação do contexto mais imediato de ação frente a orientações prescritivas gerais do exercício profissional.

"Schemata, or mental structures or folk models of the mind, are created through interaction with different environments. (...) Schemata or folk models, not only structure our perception of aspects of an object or event, but also provide



us with the basis for constructing the meaning or interpretative sense of our experiences." (Cicourel, 1984)

Este processo de tomada de decisão — um diagnóstico de tentativa de suicídio — se dá em ambiente organizacional (?). Conforme vimos, a decisão não pode e nem deve ser reduzida a um processo que se dá num livre contexto, sujeito exclusivamente a regras técnicas. Boa parte da atividade do médico consiste numa interpretação exaustiva de regras e procedimentos gerais, frente a um contexto marcado por uma série de indícios, "deixas", expressões indíceas e descrições, no qual o diagnóstico emergirá como um relato estruturado das atividades exercidas. O contexto atua de forma marcante na produção e reprodução do conhecimento médico.

Um dos resultados desses encontros é a confecção de relatos que possibilitem a outros membros do *staff* compreender, dentro de regras "universalmente" aceitas, um caso específico de atendimento. Um exemplo destes relatos é dado a seguir:

14/06/84 Plantão Noturno

I — caso. O.M.L., 27 anos, fem., faioderma, casada, natural e procedente de BH., peso 45 Kg.

Paciente, após discussão com o marido, apanhou um vidro de Malabol e se trancou no banheiro ameaçando ingerir a substância. Saiu logo depois, dizendo ter ingerido uma "golada" do produto diluído em água. Se auto-medicou c/ leite e procurou este serviço em seguida. Hora do acidente, 24.00. Hora do atendimento, 1.30. Queixando-se apenas de náusea e queimação epigástrica. Negou vômito e outros sintomas.

Ao exame: paciente consciente, orientada; pupilas isocóricas 3/3mm (normais) fotorreativas. Boa perfusão capilar. Anietérica, acianótica, afebril. Bom estado geral. Hidratada

AR: Pulsos cheios, simétricos, rítmicos.  
BNRNF. FC:85pm.

PA não foi possível obter. Aparelho defeituoso.

(?) Existem outros elementos que poderiam ser arrolados numa sociologia das profissões que preocupe-se com a organização interna do grupo profissional. A título de breve menção, entretanto, é importante salientar o artigo de Rolf Hess, 1987. Neste artigo, o autor mostra que os médicos noruegueses têm, por uma questão de formação profissional, um procedimento distinto na categorização de um caso como sendo de suicídio. Esta diferença de formação profissional, segundo o autor, pode explicar em parte a diferença de taxas de suicídio da Noruega em relação aos outros países nórdicos.

abdome: Normotenso, indolor à palpação.  
Peristaltismo discreta/aumentado. Sem visceromegalia.

AGV: Não examinado

ID: Intoxicação exógena por organofosforado, tentativa de auto-extermínio.

CD: Por se encontrar o paciente completamente assintomático, sem hálito com odor do componente, optamos por:

- Xarope de Ipeca 20 ml — s/efeito
- 20 min. após-xarope de Ipeca — s/efeito.
- Lavagem gástrica — SNG n20 + 1000 ml de SF a 0,9. Observamos realização da lavagem: conteúdo gástrico com restos alimentares sem odor característico de OGP. Paciente mantida em observação até as 6.30. Discutimos com o clínico que achou não haver mais necessidade de mais observação. Paciente liberada para casa com orientação.

OBS: Questionamos a ingestão, pelo menos em dose tóxica, do composto.

As fichas de atendimento subdividem-se em várias partes. A primeira delas (HMA) é a anamnese, onde se relata a versão fornecida pelos pacientes e familiares. As partes seguintes (AR; ACV; AGV) procuram descrever as condições físicas dos pacientes a respeito do funcionamento do aparelho respiratório, aparelho cardio-vascular, e etc. A seguir temos a hipótese de diagnóstico com a qual o médico trabalha (ID), e as condutas terapêuticas adotadas (CD). É do confronto entre as versões contidas na anamnese, com os dados acêrca da condição física dos pacientes, que são levantados os motivos e as atribuições de responsabilidade que permitem os clínicos categorizar um caso como sendo uma "tentativa de auto-extermínio" <sup>(8)</sup>.

Com base neste confronto, os médicos podem vir a reinterpretar as condições iniciais do paciente, imputando-lhe determinadas motivações correlatas com perfis típicos de comportamento. Isto era explicitado na ficha de atendimento acima, na observação final dos plantonistas. Assim, alguém que alega ter tomado uma grande quantidade de remédios, após o exame físico, poderá ser rotulado como um caso de histeria pura

<sup>(8)</sup> Para uma breve discussão a respeito da noção de atribuições de responsabilidade, ver Schutz, 1974 : 252 - 255.

e simples. Para efeitos da organização, entretanto, a categoria "tentativa de auto-extermínio" é mantida.

Um dos elementos essenciais na realização da anamnese é a exposição de motivos que levaram as pessoas à tentativa de auto-extermínio. Para a explicitação desses motivos, que supõe-se serem as causas das tentativas de suicídio, os plantonistas devem necessariamente lançar mão de procedimentos de senso comum. Conforme sublinha Cicourel:

"The physician poses questions and transforms the patient's responses into general or specific hypotheses about a differential diagnosis. It is this largely unexamined, historicized, interpretative summarization process that produces a crisp and factually oriented account of the patient's medical history and physical status." (Cicourel, 1984)

73

O contexto no qual a interação desenrola-se é formado por duas dimensões cruciais. A primeira diz respeito às normas prescritivas de conduta, competência, deveres e responsabilidade que desenrolam-se num espaço delimitado, de atividades rotineiras (Weber, 1974). A segunda dimensão, entretanto, diz respeito ao ambiente imediato no qual estas orientações abstratas e gerais são informadas pelo contexto específico no qual se dá a interação entre médicos, pacientes e/ou familiares. Neste momento, procedimentos de senso comum necessariamente emergem na estruturação das atividades e do ambiente em que ocorrem essas interações (MacHugh, 1968).

O conjunto destas orientações contextuais é que ordenará as atividades dos plantonistas, possibilitando a construção de "relatos", que contenham tópicos e temas de acordo com um conhecimento que é tido como garantido (*taken for granted*) para os médicos encarregados de supervisionar as atividades dos plantonistas.

Um dos aspectos marcantes neste tipo de interação é que ela se dá em bases estritamente cognitivas. A linguagem, aqui, é variável importante. Se a confecção dos relatos é realizada no jargão médico, a sua produção, entretanto, requer uma habilidade dos médicos em traduzir a "linguagem" dos pacientes num discurso "universal" e racionalmente orientado. Os médicos, portanto, manipulam um complexo de esquemas interpretativos no intuito de normalizar o ambiente em que atuam, a fim de que rotinas de comportamento sejam possíveis. Esta normalização de atividades sociais se dá no plano da linguagem, visto que o sentido de ordenação resultante é uma propriedade do relato, não necessariamente do mundo "real".

Um aspecto recorrente nesses relatos, é a reprodução de eventos causalmente conectados. Essa característica está presente nos motivos evocados pelos plantonistas para a explicação da atitude dos pacientes, conforme podemos ver nas fichas de atendimento e no texto 2, acima. Existe um processo de atribuição de motivos em operação, cuja função é criar um sentido ordenado para as atividades do Serviço.

"Motive, then, is one collective procedure for accomplishing social interaction, and for sorting out the various possibilities for social treatment by linking specific act and social rules in such a way as to generate the constellation of social action that observers call 'persons', 'members' and 'membership'". (Blum e MacHugh, 1971)

Para que relatos possam ser apreciados como transcrições de realidades, devem pressupor relações de causalidade que contribuem para ordenar o fenômeno descrito<sup>(9)</sup>. A estratégia para a demonstração da facticidade dos relatos consiste em coletar dados da biografia do paciente, e conectá-los ao comportamento observado. Esse componente, essencial na descrição da interação, opera através de uma *epistemologia do senso comum* (Boudon), que consiste na idéia de que a todo comportamento observado deve corresponder alguma causa. No diálogo acima reproduzido, vemos como essa ordenação do fenômeno é sugerida pelo pai do paciente e imediatamente corroborada pela médica. Trata-se de pressuposto de senso comum que é compartilhado pelo médico e pelos pacientes ou pessoas encarregadas de fornecerem informações para a montagem da anamnese. Para o médico, entretanto, o pressuposto adquire caráter mais universalista tendo em vista seus propósitos práticos mais imediatos, expressos justamente na confecção dos relatos que encontram-se à disposição dos membros do Serviço para o acompanhamento de casos. De qualquer maneira, é interessante notarmos como a "verdade" ou "falsidade" dos relatos surge não como propriedade do fenômeno observado, mas da forma como é articulado o relato. E este deve necessariamente compartilhar dos mesmos supostos de senso comum que orientaram as informações contidas na anamnese.

A conexão entre os elementos arrolados na biografia do paciente e os eventos observados — as tentativas de auto-extermínio — tem a propriedade da reflexividade. Segundo

(9) É muito interessante a análise de Schutz, 1974, sobre como Don Quixote consegue constituir a sua realidade moinhos e cavaleiros em uma realidade "factive". Um dos elementos essenciais para essa constituição são as relações de causalidade que operam em seu extravagante mundo.

Garfinkel, a reflexividade é uma propriedade essencial do método pelo qual as pessoas, em suas atividades cotidianas, constroem e demonstram a facticidade do mundo social. Tal procedimento consiste em:

"tratar uma aparência actual como 'documento de', 'indicado para' (pointing to), e como posição a favor de um padrão subjacente. Não é somente o padrão subjacente que é derivado de suas evidências documentais, mas as evidências documentais individuais, por sua vez, são interpretadas na base do 'que é conhecido' sobre o padrão subjacente. Cada um é usado para elaborar o outro." (Garfinkel, 1967)

75

A biografia do paciente é que fornece o padrão através do qual se explica o comportamento do paciente. O comportamento, por sua vez, é que aponta os elementos relevantes a serem destacados na biografia para a sua explicação. Assim, dentre as várias características, acontecimentos e comportamentos de uma pessoa, apenas alguns são selecionados para entrarem em cena como eventos que explicam uma tentativa de auto-extermínio. Uma tentativa de auto-extermínio, por sua vez, é que dita a relevância dos elementos destacados na biografia.

Sob o suposto da "tentativa de auto-extermínio" como uma constante, todos os elementos destacados na biografia tornam-se evidências que explicam o comportamento observado. Existe, portanto, uma *suposição de constância do objeto*, que consiste na "fé de que os objetos permanecem os mesmos ao longo do tempo, e através da visão de diferentes posições e pessoas" (Mehan e Wood, 1975: 11). A partir do suposto de uma tentativa de suicídio como um objeto observado no mundo, o discurso médico reflexivamente reconstrói a biografia dos pacientes de maneira tal que quaisquer proposições alternativas — o fato de o paciente ser epilético, por exemplo — são reinterpretadas de acordo com o suposto inicial. Da mesma forma como os Azande tomam as verdades reveladas pelo oráculo como garantidas, e qualquer contradição que porventura venha a surgir como uma variação do padrão a ser interpretada devidamente, os plantonistas acreditam que a categoria que define os pacientes é dotada de propriedades factuais, capazes de definir suas histórias. Conforme Howard Schwartz observa, "isso pode ser colocado brevemente da seguinte maneira: a reflexividade das descrições consiste nas inúmeras maneiras nas quais elas tornam-se partes daquilo que elas descrevem" (*apud* Mehan e Wood).

Conforme vimos no texto 2 acima, o cenário no qual emergem tais relatos consiste numa situação na qual a ocorrência observada — tentativas de suicídio — deve ser confrontada com ocorrências não observadas — as motivações e intenções que levaram a pessoa à tentativa. Este é um cenário bastante similar a outro, descrito por Garfinkel (1967) em experiência realizada no Departamento de Psiquiatria da UCLA. Tratava-se de pesquisa sobre novas formas de aconselhamento dos alunos da universidade. O experimento consistia basicamente no seguinte: alguns voluntários foram recrutados para participar no que eles julgavam ser uma experiência de aconselhamento. Assim, eles deveriam expor alguns problemas que os afligiam, para os quais o conselheiro deveria responder um simples “sim” ou “não”. Ocorre, entretanto, que as respostas dadas pelo conselheiro eram aleatórias, ditadas por um outro membro da equipe que, sem escutar os relatos dos alunos, respondia aleatoriamente às suas perguntas. Não obstante, todos os voluntários foram capazes de interpretar as respostas dos conselheiros como pertinentes.

O que o experimento demonstra é como uma série de procedimentos interpretativos foram utilizados pelos voluntários para qualificar os “conselhos” dados pelo conselheiro. Para tal, eles iniciaram um exaustivo trabalho de interpretação, que Garfinkel denomina como “método documentário de interpretação”, a fim de que um sentido ordenado da interação pudesse ser relatado. Tais procedimentos, em linhas gerais, consistiram em:

- 1) Tratar as respostas como respostas às suas questões.
- 2) Quando não era possível entender uma resposta como resposta a suas questões, eles procuravam outras indicações que clarificassem seu entendimento.
- 3) As respostas atuais podiam ser utilizadas para alterar o sentido das respostas anteriores.
- 4) A ausência ou presença de uma resposta conduzia a formulação de novas questões. Não existia, portanto, uma série pré-programada de questões, mas estas eram formuladas ao longo da interação.
- 5) Não existiram respostas contraditórias ou inapropriadas. Todos os voluntários foram capazes de lidar com respostas contraditórias ou inapropriadas como guias de reelaboração de significados.
- 6) Da primeira resposta à última, os voluntários foram capazes de elaborar um padrão para a resposta dos conselheiros.
- 7) Os voluntários assumiram que existia um corpo de conhecimento social em comum com os conselheiros.

Os procedimentos descritos por Garfinkel para os voluntários, são basicamente os mesmos adotados pelos plantonistas na realização da anamnese. Existe um senso retrospectivo na interação ordenando as respostas dadas pelos pacientes e/ou familiares em função de evidências atuais e da observação do comportamento dos pacientes. Respostas presentes podem alterar o sentido contido no que foi relatado anteriormente, de tal maneira que todo o sentido do texto pode ser reinterpretado com base nas evidências apresentadas. Essa retrospectividade é visível no diálogo entre médica e paciente nas linhas 27, 28, 29 e 30, quando uma primeira hipótese de diagnóstico parece ter sido corroborada pelas informações obtidas pela médica.

Nada nos leva a crer que exista um nexos causal entre os motivos contidos nos relatos, e as tentativas de suicídio<sup>(10)</sup>. A montagem dos relatos é importante para a organização da atividade dos plantonistas porque constituem-se em discursos que, antes de constituírem-se numa descrição literal do que "realmente aconteceu", visam produzir um sentido ordenado de suas atividades. A normatividade contida nos relatos, portanto, não está nos eventos descritos, mas na forma como são descritos. Assim, "brigar com o marido", "brigar com a mãe", "doença do pai", "brigas com o noivo", "homossexualismo", exemplos de motivos contidos nos relatos documentados, constituem-se num índice de motivações arroladas como supostos detonadores do comportamento dos pacientes. Pela forma como são descritas motivações antecedendo tentativas de suicídio, supõe-se que os relatos tenham propriedades causais. Nada nos garante acerca do status factual das motivações que antecedem os eventos. O que é imediatamente visível é a ordenação lógica e coerente dos relatos na forma como são apresentados. Isto torna as tentativas de auto-extermínio fenômenos inteligíveis, possibilitando a montagem de diagnósticos coerentes. Assim, o que os relatos médicos procuram explicitar é:

- 1) Como os bolsistas devem procurar saber o que a pessoa tomou, quanto e quando, para estabelecer linhas de conduta apropriadas no atendimento. Para tal, saber em que circunstâncias foi ingerida a substância tóxica é importante.

- 2) As motivações servem como factores que auxiliam na qualificação de um caso como sendo uma tentativa de suicídio.

<sup>(10)</sup> Supor que tal conexão exista implica na ideia de que a determinados estados da mente, tais como um conflito familiar, por exemplo, antecedem determinados eventos tais como tentativas de suicídio. Isto significa ignorar um longo processo pelo qual toda uma vida desenvolveu-se, e terminou por desembocar em determinados comportamentos. Para uma discussão mais detalhada, ver Blume MachHugh, 1971.



Tal qualificação, por sua vez, conduz a determinadas condutas terapêuticas. Isto está muito explícito no depoimento de um dos plantonistas:

"Os casos mais trabalhosos para a gente é quando a pessoa chega em coma, e não está em condições de dar nenhuma informação. Ela estava bem, e de repente tem uma coisa. Então você pergunta aos familiares se está faltando remédio, ou se encontrou alguma cartelinha de remédios vazia."

78

Não nos é possível saber do status factual do que é narrado nas fichas de atendimento. Os motivos ali arrolados contêm uma descrição superficial de fenômenos que, por encerrarem propriedades causais, podem ser vistos como ações socialmente possíveis e inteligíveis.

Uma descrição dessa natureza só é possível através de teorias que os plantonistas desenvolvem para conferir inteligibilidade ao fenômeno. Uma dessas teorias é ilustrada no depoimento a seguir:

"Olha, de uma forma geral o que você vê nos pacientes é um desajuste familiar. Ou porque brigou com o marido, ou com o pai, ou com o companheiro. As mulheres, muito frequentemente, estão grávidas. Ou então o trabalho delas também conta."

Uma outra teoria muito recorrente prediz certos dias da semana e épocas do ano em que há um aumento do número de suicídios. Domingo é um dia considerado típico, as horas mais avançadas da noite mais propícias, as épocas de fim de ano são perigosas e assim por diante. Assim, qualquer pessoa do sexo feminino, com problemas de relacionamento, que chegue ao hospital em determinados dias, em determinadas horas, tem uma chance muito maior de ser considerada como uma suicida<sup>(1)</sup>.

Essas teorias fornecem as regras para que os processos de atribuição de motivos comecem a operar. Os bolsistas supõem que a conduta dos pacientes não se dá aleatoriamente, mas que, pelo contrário, deve estar orientada por motivos. Para a construção dessas teorias diversos pressupostos devem estar implícitos. Deve-se supor, por exemplo, que o ambiente familiar, ou o trabalho, sejam os contextos determinantes da conduta das

---

(1) Conforme os dados colhidos por mim, boa parte dessas teorias são confirmadas. Contudo, conforme venho argumentando, esses dados são reflexivamente orientados pelos padrões teóricos que os constituem.



pessoas. Qualquer desajuste nesses níveis pode levar pessoas ao auto-extermínio.

Não me interessa discutir a validade de tais teorias; são teorias de senso comum que tornam socialmente possível o processo de atribuição de motivos. Por ora, interessa-me ressaltar que a sociologia opera com teorias cujos supostos são semelhantes (Walsh, 1972; Pollner, 1974; Elliot, 1974; Boudon). Sociólogos, médicos ou leigos orientam-se por um mesmo domínio de fenômenos, a realidade. Estruturas sociais, tais como as responsáveis pelas tentativas de suicídio, são tratadas como algo dado — um fato —, ao invés de uma realização contínua empreendida pelas pessoas em suas atividades cotidianas. Existe uma concordância tácita acerca dos temas relevantes a serem levados em consideração, bem como de algumas das propriedades formais das instituições em questão. Tanto no universo do senso comum, como na comunidade dos profissionais — médicos e sociólogos —, seus habitantes concordam com a emergência de uma realidade social cuja existência não é problemática. Neste sentido, a reificação da realidade social é um pecado que não é privilégio apenas de leigos, mas da ciência social.

A sociologia também operaria com alguns mecanismos de senso comum no que diz respeito a formas de conhecimento adequado. Segundo Boudon, pelo menos três princípios epistemológicos de senso comum permeiam a confecção de teorias sociais: 1) o princípio do determinismo universal, segundo o qual todos os fenômenos observados têm uma causa. Não consideramos perspectivas alternativas tais como a idéia de que determinados eventos — uma tentativa de suicídio — possam ter não uma, mas várias causas, ou então de que fenômenos sejam o resultado da conjugação de causas puramente aleatórias. 2) O princípio da contradição, que consiste na idéia de que uma, e somente uma teoria, constitui-se na explicação do fenômeno. É difícil concebermos alguém com problemas familiares que tente matar-se por motivos religiosos, da mesma maneira como não conseguimos conceber uma sociedade plenamente integrada com altos índices de suicídio. E finalmente, 3) o princípio da unicidade da verdade, que nos orienta a formular asserções que sejam falsas ou verdadeiras a respeito do mundo. Entretanto, verdade ou falsidade são maneiras de organizarmos o mundo social, tal como uma série de outras categorias que são utilizadas cotidianamente (claro/escuro, alto/baixo, etc.).

Não se trata, portanto, de sabermos se os relatos são "reais" ou não, mas de discutirmos como eles tornam possível uma

## À guisa de conclusão

descrição adequada de eventos, de tal forma que eles possam ser percebidos como dotados de uma facticidade própria.

Procurei descrever como o fenômeno do suicídio emerge da apreensão compartilhada dos atores de uma organização encarregada de lidar com suicidas. Existe uma série de orientações cognitivas em comum entre eles, dependentes de métodos de senso comum, que encarregam-se de processar as pessoas na categoria de suicidas.

O resultado deste processo de categorização surge na forma de relatos, de natureza médica, que constituem-se em forma através da qual o mundo social revela-se como uma entidade inteligível para os membros que dela participam. Trata-se, portanto, de uma maneira pela qual os atores são capazes de falar do mundo de uma forma significativa. Esses relatos são montados com base em convenções linguísticas que descrevem o evento como algo "inteligível", através da descrição dos eventos de uma forma ordenada e coerente. Neste sentido, podemos supor, como o fazem Blum e MacHugh, que o limite desta linguagem que descreve o fenômeno é próprio limite do fenômeno:

"...nosso pensamento sobre o mundo (nossa consciência) sempre ocorre como uma instância de um relacionamento discursivo, que a aparente externalidade dos vários referentes de nossas palavras é somente compreendida como tal através de maneiras socialmente padronizadas e organizadas de atribuição de inteligibilidade, i.é, através da linguagem mesma." (Blum e MacHugh, 1971)

Acredito que o que foi demonstrado acima remete a uma questão relativamente negligenciada pela sociologia, que diz respeito à questão da linguagem. Muito do que julgamos serem dados "brutos" são constituídos através de *jogos de linguagem*, como tal, devem ser analisados em seu âmbito adequado. Não se trata, portanto, de afirmar que no plano das descrições puras e simples de uma realidade social estariam contidas as determinações deste real, mas sim de atentarmos para o fato de que tais determinações são expressas através de conceitos e proposições. Nas palavras de Wittgenstein:

"As proposições são frequentemente usadas na fronteira entre o lógico e o empírico. Por isso, o seu sentido desloca-se de um para outro lado e surgem ora como expressões de normas, ora como expressões de experiência. (Não é certamente um fenômeno psíquico concomitante — é assim que imaginamos os pensamentos — mas o uso que distingue a proposição lógica da empírica)." (Wittgenstein, 1987) ■

## Referências Bibliográficas

- Bar-Hillel, Jeroshua 1954 "Indexical Expressions", *Mind*, 63, 359-379.
- Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas 1966 *The Social Construction of Reality*. Doubleday & Company, Inc.
- Blum, Alan; MacHugh, Peter 1971 "The Social Ascription of Motives", *American Sociological Review*. vol. 36, 98-109.
- Boudon, Raymond 1984 "Common Sense and the Human Sciences", *International Sociology*. vol. 3, n.º 1, 1-22. 81
- Cicourel, Aaron 1968 *The Social Organization of Juvenile Justice*. New York, John Wiley & Sons, Inc.
- Cicourel, Aaron 1984 "The Reproduction of Objective Knowledge. Common Sense Reasoning in Medical Decision Making". Paper elaborado para a conferência "The Impact of Scientific Knowledge on Social Structure". Universidade Técnica de Darmstadt, Novembro de 1984. mimeo.
- Cicourel, Aaron 1985 "Text and Discourse", *Annual Review of Anthropology*, 14, 159-85.
- Cicourel, Aaron 1987 "The Interpenetration of Communicative Contexts: Examples from Medical Encounters", *Social Psychology Quarterly*, vol. 50, n.º 2, 217-224.
- Elliot, H.C. 1974 "Similarities and Differences between Science and Common Sense", in Turner, Roy (org.). *Ethnomethodology*. Harmondsworth, Penguin Education.
- Fish, Stanley 1979 "Normal Circumstances, Literal Language, Direct Speech Acts, the Ordinary, the Everyday, the Obvious, what Goes Without Saying, and Other Special Cases", in Rabinow, Paul e Sullivan, William M., *Interpretative Social Science. A Reader*. Berkeley, University of California Press.
- Garfinkel, Harold 1967 "'Good' Organizational Reasons for 'Bad' Clinic Records", in Garfinkel, Harold, *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, Inc.
- Hess, Rolf 1987 "Routines and Practices in the Registration of Suicide in Scandinavia", *Acta Psychiatrica Scandinavia*, Suppl. 336, vol. 74, 9-10.
- MacHugh, Peter 1960 *Defining the Situation. The Organization of Meaning in Social Interaction*. Indianapolis/N. York, The Bobbe-Merril Company, Inc.
- Mehan, Hugh; Wood, Houston 1975 *The Reality of Ethnomethodology*. New York, John Wiley & Sons.
- Pollner, M. 1974 "Sociological and Common-Sense Reasoning Models of the Labelling Process", in Turner, Roy (org.). *Ethnomethodology*. Harmondsworth, Penguin Education.

- 82
- |                      |      |  |
|----------------------|------|--|
| Sacks, Harvey        | 1966 | <i>No One to Turn Help</i> . Dissertação de doutorado para a Universidade da Califórnia de Los Angeles, mimeo.                     |
| Schutz, A.           | 1974 | "Don Quijote y el problema de la realidad", in <i>Estudios sobre Teoria Social</i> . Buenos Aires, Amorrortu Editores, 133-153.    |
| Schutz, Alfred       | 1974 | "Algunas Ambigüedades de la Noción de Responsabilidad", in <i>Estudios sobre Teoria Social</i> . Buenos Aires, Amorrortu Editores. |
| Walsh, David         | 1972 | "Functionalism and System Theory", in Filmer, P. et al., <i>New Directions in Sociological Theory</i> . London, Collier-McMillan.  |
| Weber, Max           | 1974 | <i>Economia y Sociedad</i> . México, Fondo de Cultura Económica.   |
| Wittgenstein, Ludwig | 1987 | <i>Anotações sobre as Cores</i> . Lisboa, Edições 70.  |