

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS

CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
LINGÜÍSTICA APLICADA

Aline Jaeger

A NEGOCIAÇÃO E A FRAGMENTAÇÃO DE IDENTIDADES EM ATENDIMENTOS
GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS EM UM POSTO DO SUS

São Leopoldo, novembro de 2007.

Aline Jaeger

A NEGOCIAÇÃO E A FRAGMENTAÇÃO DE IDENTIDADES EM ATENDIMENTOS
GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS EM UM POSTO DO SUS

Dissertação apresentada à
Universidade do Vale do Rio dos Sinos
como requisito parcial para a obtenção do título
de mestre em Linguística Aplicada

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann

São Leopoldo

2007

Ficha Catalográfica

J22n Jaeger, Aline
A negociação e a fragmentação de identidades em atendimentos ginecológicos e obstétricos em um posto do SUS / por Aline Jaeger. – 2007.
108 f. : il. ; 30cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, 2007.
“Orientação: Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Ostermann, Ciências da Comunicação”.

1. Sociolinguística. 2. Fala -em-interação. 3. Identidade social – Linguagem 4. Saúde - mulher. I. Título.

CDU 801:316

Catálogo na Publicação:
Bibliotecária Camila Rodrigues Quaresma - CRB 10/1790

Aline Jaeger

A NEGOCIAÇÃO E A FRAGMENTAÇÃO DE IDENTIDADES EM ATENDIMENTOS
GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS EM UM POSTO DO SUS

Dissertação apresentada à

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

como requisito parcial para a obtenção do título

de mestre em Linguística Aplicada

Aprovada em dezembro de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Izabel Santos Magalhães (UnB)

Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel (UNISINOS/PPG Saúde Coletiva)

Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann – Orientadora

Eu dedico essa pesquisa às médicas e aos médicos do posto de saúde e, principalmente, às pacientes que aceitaram compartilhar com o grupo de pesquisa um momento considerado por muitos tão peculiar e íntimo.

AGRADECIMENTOS

Neste momento, sinto a necessidade de dar crédito àquelas pessoas especiais que estiveram comigo durante esta etapa única da minha vida e a quem eu muito devo. Palavras nunca serão suficientes para expressar a minha gratidão.

Agradeço à CAPES, por viabilizar que eu realizasse o mestrado na UNISINOS.

Ao Programa de Pós-Graduação em Lingüística Aplicada da UNISINOS, especialmente à professora Ana Maria de Mattos Guimarães pelas orientações que guiaram o meu percurso no Mestrado e à Valéria pelo apoio constante. Ao grupo docente do PPG de Lingüística Aplicada, em especial às professoras Maria Eduarda Giering, Rove Chishman, Ana Maria Stahl Zilles e Ana Cristina Ostermann, obrigada pela atenção, por acreditarem em mim e por me instigarem a ir sempre além.

Às/aos colegas de mestrado, em especial à Joseane de Souza, à Cristiane Schnack, à Maria Cristina Pereira e ao Marcio Santiago pelos debates instigantes, pelas reflexões, por proporcionarem a possibilidade de um diferente olhar e pelas boas risadas também.

À Mariléia Sell, um agradecimento muito especial. Amiga, a experiência do mestrado não teria sido a mesma se não a tivesse compartilhado com você. Obrigada pelas trocas, pelas conversas, pelas sugestões, pelas inúmeras ajudas e, acima de tudo, obrigada por ser quem você é e por fazer parte da minha vida.

Ao grupo fala-em-interação (FEI) e ao grupo de bolsistas, obrigada pelas trocas, pelos olhares, pelas sugestões e pela companhia sempre agradável. Aprendi muito com cada um/a de vocês.

À Daiana Campani, agradeço pelas revisões textuais, pelas dicas e por me ensinar a refletir sobre a minha escrita.

À banca de qualificação, formada pela Profa. Dra. Beatriz Fontana, pela Profa. Dra. Stela Meneghel e pela Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann, agradeço pelo tempo dedicado à leitura do meu projeto e pelas ricas sugestões.

À minha orientadora, Ana Cristina Ostermann, por ter me aceitado e me acolhido como sua orientanda. Agradeço por acreditar em mim e por me incentivar a dar sempre o máximo e ser sempre melhor. Obrigada pela sua dedicação exemplar, por ser sempre acessível e disponível apesar da vida sempre corrida. Obrigada pelos “frames” a cada leitura, pelas dicas, pelas revisões aprofundadas e por realmente se preocupar com cada orientando/a de forma singular. Obrigada pelo carinho e por me mostrar um novo mundo.

Às inúmeras pacientes que participaram da pesquisa e que autorizaram que gravássemos as suas consultas, embora muitas vezes se mostrassem envergonhadas. Aos médicos e às médicas que permitiram que gravássemos as suas práticas e que compreenderam que o objetivo da pesquisa não era julgar suas atitudes.

Às minhas colegas da escola pelo interesse e apoio e em especial, à direção, à coordenação e à orientação pedagógica, por compreenderem as minhas ausências e necessidades e por sempre me apoiarem. Agradeço pelo estímulo ao aprimoramento acadêmico e por torcerem por mim.

Às minhas colegas, Rosane Gobetti, Débora Sostisso, Liliane Bohlke, Tatiana Mesquita, Luciana Brentano, Sabrina Ferreira e Cristiane Ely, obrigada pela ajuda, pelo interesse, pelo carinho, pela força!

Aos meus amigos e amigas que compreenderam a minha ausência, e que torceram pelo meu sucesso, meu mais sincero agradecimento. Àquelas pessoas que demonstraram interesse pela minha pesquisa e que também a questionaram, eu agradeço pelo apoio e pelo incentivo a ser melhor.

À minha família agradeço por me amarem incondicionalmente. Por compreenderem a minha ausência, por se orgulharem de mim e por se interessarem por aquilo que faço. Obrigada pelos cafés na madrugada, pelas gelatinas que me mantiveram forte e pelo encorajamento constante de que tudo é possível e realizável.

Ao Gustavo, meu companheiro e cúmplice, obrigada por tornar essa caminhada mais prazerosa e mais bem humorada. Obrigada por me ouvir, por me animar, por me “seqüestrar” do mundo acadêmico e por me lembrar de que a vida segue o seu curso independente de quantos trabalhos tenham que ser entregues ou de quantos textos tenham que ser lidos. Obrigada por me garantir que, no final, eu conseguiria fazer tudo e que as coisas dariam certo. Obrigada por ser quem você é e por me amar da maneira que sou.

RESUMO

Este trabalho está vinculado a um projeto de pesquisa maior (OSTERMANN, 2005) que tem como objetivo analisar as interações entre médicos/as e pacientes que buscam atendimento ginecológico e obstétrico em um posto de saúde da região metropolitana de Porto Alegre, Brasil. A abordagem teórica e metodológica utilizada é a da Análise da Conversa (SACKS, 1992; WOOFFITT, 2005; HUTCHBY e WOOFFITT, 1998) e a da Sociolinguística Interacional (OSTERMANN, 2003; GUMPERZ, 1998; GOFFMAN, 1995), que propõem investigações de dados naturalísticos, os quais são, nesta pesquisa, 144 consultas médicas gravadas em áudio e transcritas de acordo com as convenções propostas por Jefferson (1984), além de anotações de observações sobre a instituição investigada. Este estudo investiga quais as identidades que emergem nas interações e como elas são negociadas pelos/as interagentes nos diferentes momentos das consultas (BUCHOLTZ, 1999; BUCHOLTZ e HALL, 2005; ECKERT e McCONNELL-GINET, 1992 e 2003; OSTERMANN, 2003 e 2006). Verificou-se que diferentes identidades emergem nos dois tipos de consultas: mãe, mulher heterossexual, filha, criança, autoridade, dentre outras. Este trabalho contribui para o alargamento da compreensão de identidades como sendo socialmente construídas em processo contínuo de (re)significação a cada nova interação, assim como oportuniza discussões e processos reflexivos entre as áreas de estudo de fala-em-interação e saúde da mulher.

Palavras-chave: Interação. Identidade. Comunicação médico-paciente. Saúde da mulher. Ginecologia. Obstetrícia.

ABSTRACT

This paper draws from a larger research project (OSTERMANN, 2005) that aims at investigating how doctors and patients, who seek gynecological and obstetrical consults in a public health center Southern Brazil interact. The theoretical and methodological approaches that underlie the research study are Conversation Analysis (SACKS, 1992; WOUFFITT, 2005; HUTCHBY e WOUFFITT, 1998) and Sociolinguistics (OSTERMANN, 2003; GUMPERZ, 1998; GOFFMAN, 1995), which propose investigations of naturalistic data. That data analyzed consists of 144 medical consultations recorded in audio and transcribed according to the conventions proposed by Jefferson (1984), as well as noted observations about the investigated institution. This study investigates which identities emerge in the interactions and how they are negotiated by the interactants during the different moments of the consultations (BUCHOLTZ, 1999; BUCHOLTZ e HALL, 2005; ECKERT e McCONNELL-GINET, 1992 e 2003; OSTERMANN, 2003 e 2006). It was verified that different identities emerge on the two types of consultations, such as mother, heterosexual women, daughter, child, and authority. This study contributes to a better understanding of identities as being socially constructed, as a continuous process of (re)signification in each new interaction, and creates opportunities for discussion and for a reflexive process between the fields of studies of talk-in-interaction and women's health.

Key-words: Interaction. Identities. Doctor-patient communication. Women health. Gynecology. Obstetrician.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. QUEM SOMOS E A QUE COMUNIDADES PERTENCEMOS? NOSSAS IDENTIDADES SOCIALMENTE CONSTRUÍDAS.....	14
2.1 AS IDENTIDADES NEGOCIADAS NAS INTERAÇÕES MÉDICAS.....	22
2.1.1 AS PESQUISAS SOBRE INTERAÇÕES MÉDICAS.....	22
2.1.2 AS IDENTIDADES DE GÊNERO NAS CONSULTAS GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS.....	24
2.2 A SAÚDE DA MULHER: GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.....	28
2.2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SURGIMENTO DA MEDICINA DA MULHER NO BRASIL E NO MUNDO.....	28
2.2.2 O PAPEL DA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE GÊNERO FEMININO E O LUGAR DAS MULHERES NA MEDICINA.....	30
3. MINHAS LENTES DE PESQUISA.....	34
3.1 O MUNDANO DIGNO DE ATENÇÃO.....	35
3.2 SOCIOLINGÜÍSTICA INTERACIONAL.....	43
4. MÉTODOS DE COLETA E ANÁLISE DAS INTERAÇÕES.....	48
5. AS CONSULTAS MÉDICAS	53
5.1 CONSULTAS OBSTÉTRICAS – O SER MÃE	53
5.1.1 Ser boa mãe é colocar o/a filho/a em primeiro lugar.....	54
5.1.2 Quem come por dois, não pensa suficiente por ninguém	64
5.2 CONSULTAS GINECOLÓGICAS – O SER MULHER HETEROSSEXUAL.....	74
5.2.1 “Tu tá te cuidando direitinho?”.....	74
5.2.2 “Conversa com o marido” - Quando o homem é chamado a participar.....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
APÊNDICE 1-CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO.....	107
ANEXO 1-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	108

1. INTRODUÇÃO

Ao longo de nossos dias, interagimos com diferentes pessoas, nos mais diversos locais, realizando variadas atividades. Trabalhamos, comemos, locomovemo-nos, assistimos a palestras, damos aulas, conversamos com amigas/os, realizamos consultas médicas, entre inúmeras outras atividades. A fala está presente em muitas, se não em todas essas atividades. Por meio da fala, as nossas diferentes identidades são desempenhadas e negociadas (BUCHOLTZ e HALL, 2003). Somos constituído/as de múltiplas identidades; algumas se tornam mais relevantes em alguns momentos, e outras são colocadas em segundo plano. Durante a nossa vida, a cada novo dia, podemos fazer parte de novas comunidades de prática¹ (WENGER, 1998) e negociar novas identidades.

Considerando as inúmeras interações do nosso dia-a-dia e os locais em que interagimos, a presente pesquisa busca investigar a fala-em-interação em um local que é, para muitas pessoas, tão peculiar: as consultas obstétricas e ginecológicas. São interações médicas normalmente de caráter mais íntimo, com exposições de problemas muitas vezes embaraçosos. Exatamente por isso, essas consultas costumam gerar angústia e ansiedade, o que as torna um interessante objeto de investigação. Compreender como se dão as consultas obstétricas e ginecológicas, verificar suas semelhanças, diferenças e particularidades, tomar conhecimento das lutas pelos direitos à saúde e ao atendimento da mulher no Brasil, assim como analisar como as pacientes mulheres interagem com médicos homens e médicas mulheres nos consultórios, como negociam suas identidades, como lidam com a gravidez, doenças e mudanças no seu corpo são questões que movem esta pesquisa.

Por exemplo, uma mulher grávida pela primeira vez, mesmo que apenas de algumas semanas, já faz parte de uma nova comunidade: a comunidade das “mães”. Não é incomum encontrar mulheres que, quando contentes com a recente descoberta, compartilham com seus companheiros esse momento, comemorando no mês de maio o mês das mães – sua mais nova identidade – e recebendo algum presente antes mesmo do/a filho/a em gestação ter nascido.

Essa identidade é amplamente divulgada na mídia e na sociedade, difundindo estereótipos de como uma mãe deve ser e como deve se sentir em relação ao seu bebê.

¹ O conceito de comunidade de prática será posteriormente discutido no capítulo 2.

Alegria, compaixão e amor incondicional são sentimentos freqüentemente relacionados à identidade de mãe (RÚDÓLFSDÓTTIR, 2000). A mulher é projetada como alguém que finalmente está desempenhando por completo o seu papel, a sua vocação; é um ser sublime que está agora no auge de sua vida, pois finalmente está grávida. Para Zimmermann et al (1995, p.53),

A gravidez representa, para a maioria das mulheres, uma questão fundamental que gera significado e equilíbrio às suas vidas. Exemplificando, muitas mulheres nunca se sentem sexualmente satisfeitas enquanto usam métodos anticoncepcionais seguros. A fertilidade, não apenas eleva a auto-estima, como aumenta o respeito e a atenção que recebem do marido e da sociedade, já que muitas vezes, o papel da mulher é julgado pela sua capacidade de procriar.

A partir do momento em que descobre que está grávida, a mulher precisa tomar decisões importantes que dizem respeito a sua vida. Uma delas é a decisão sobre ter ou não a criança que gera. Embora no Brasil o aborto seja proibido, considerado um crime pelo Código Penal desde 1940 (salvo em casos de estupro e de risco de vida à gestante), muitas mulheres recorrem a essa prática. Segundo dados dos Dossiês Rede Saúde de 2001, mais de 1 milhão e 400 mil abortos (legalizados e clandestinos) são realizados anualmente no Brasil. No entanto, acredita-se que esse número deva ser muito mais elevado devido à clandestinidade da realização de tal procedimento.

Nos casos em que a mulher opta por levar a gravidez a termo, é uma recomendação e também um direito da mulher que ela tenha um acompanhamento médico durante o pré-natal e após a gravidez. As mulheres que fazem parte da classe socioeconômica mais baixa procuram os postos do SUS em busca de atendimento durante a gestação e de encaminhamentos para exames. Também nesses postos elas podem receber, se necessário, orientações sobre eventuais apoios psicológico e nutricional, além de informações sobre procedimentos para futura esterilização. As pacientes também recebem recomendações sobre alimentação, higiene, conselhos sobre como melhor lidar com o dia-a-dia, além de receberem panfletos sobre gravidez e indicações de palestras e cursos.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, emitiu em 2004 um Plano de Ação para os anos de 2004 até 2007, denominado *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, procurando melhor atender às necessidades das mulheres no que diz respeito a sua saúde. O Plano de Ação definiu medidas para melhorias no atendimento

visando atender à mulher como ser integral e considerando segmentos sociais específicos, como mulheres indígenas, trabalhadoras do campo, vítimas de violência de gênero e mulheres em situação de prisão, por exemplo.

Esse Plano tem como interesse considerar todos os aspectos relacionados à saúde da mulher e não somente os que dizem respeito ao período gestacional, procurando separar o aspecto da sexualidade feminina do aspecto da reprodução. Através de uma assistência mais humanizada, acredita-se melhorar as condições de vida das mulheres e diminuir o índice de mortalidade feminina em casos que seriam possíveis de ser evitados.

As mulheres que buscam atendimentos e realizam o pré-natal seguem uma rotina bastante medicalizada (SCAVONE, 2004). Existem vários exames que precisam ser realizados nos primeiros meses de gravidez e alguns que são repetidos ao longo da gestação. Quando a gravidez é de alto risco, o acompanhamento médico é ainda mais regulado. Consultas são marcadas com intervalos às vezes de quinze em quinze dias e, quando a gestação se aproxima do fim, os espaços entre elas são ainda mais curtos.

É nas consultas médicas obstétricas que as pacientes, em princípio, têm a oportunidade de esclarecer suas dúvidas sobre aspectos gestacionais, questionarem sobre mudanças que vêm ocorrendo com seu corpo, além de continuarem a ser tratadas como mulheres e não somente como futuras mães. Já nas consultas ginecológicas, as pacientes lidam, muitas vezes, com outras questões, visto que não se encontram grávidas. Porém, muitas delas estão retornando ao atendimento ginecológico após uma recente gestação. Essas consultas são momentos também de esclarecimentos de dúvidas sobre o corpo, sexualidade, mudanças físicas, além de queixas médicas e pessoais.

As consultas em questão são momentos importantes e íntimos na vida das mulheres. Apesar de uma consulta médica não ser um evento novo na vida das pessoas, pois “aprender a ir ao médico é com frequência uma das nossas experiências mais significativas e primárias da socialização institucional”² (MAY, 2007, p.31)³, essas consultas diferem um pouco das

² As citações presentes ao longo de todo trabalho foram traduzidas por mim.

³ “Learning to go and see the doctor is often one of our earliest and most meaningful experiences of institutional socialization”.

demais devido aos exames físicos que podem vir a ser realizados, assim como ao tipo de queixas apresentadas pelas mulheres.

Pretendo, com esta pesquisa, analisar como as pacientes são vistas e tratadas em consultas obstétricas e ginecológicas, desenvolvendo um estudo comparativo entre esses tipos de consultas. Tenho como objetivo analisar momentos pontuais em cada tipo de atendimento, tais como o motivo da consulta (relato da paciente), o convite realizado pelo/a médico/a para realizar o exame físico e o próprio exame físico em si, a fim de verificar semelhanças e diferenças, assim como aspectos que se tornem relevantes de comparação. Pretendo analisar como as identidades são construídas durante as consultas e negociadas pelos/as interagentes nos diferentes momentos das consultas.

Não pretendo focar o meu olhar nas/nos médicas/os e colocar as pacientes em segundo plano. Acredito, assim como Clark (2000, p.49), que “a linguagem é uma forma de ação conjunta, levada a cabo por um grupo de pessoas agindo em coordenação uma com a outra”, sem necessitar colocar uma no papel principal e a outra no papel secundário. Falar e ouvir são ações que se complementam e se alternam.

Esta pesquisa tem implicações tanto para estudos sobre a interação humana quanto para a prática médica. Tem como interesse possibilitar o diálogo entre os profissionais da área da Saúde e os profissionais da Linguística Aplicada, criando um espaço para interdisciplinaridade, trocas e crescimento, disseminando a importância da realização de mais pesquisas que unam duas áreas.

Partindo do pressuposto de que as identidades emergem na interação (BUCHOLTZ e HALL, 2003, 2005; DREW e HERITAGE, 1992), a presente pesquisa busca responder às seguintes perguntas: a) quais identidades emergem em cada tipo de consulta? e b) como as/os participantes se remetem a essas identidades, ratificando-as ou não?

Estruturalmente, o presente trabalho será organizado em três capítulos principais e um capítulo de considerações finais. No capítulo 2, intitulado *Quem somos e a que comunidades pertencemos? Nossas Identidades Socialmente Construídas*, procuro apresentar os estudos sobre a construção das identidades até chegar à perspectiva pós-estruturalista, proposta por Bucholtz e Hall, que vêem as identidades como sendo construídas e negociadas nas interações

por meio da linguagem. Apresento os estudos sobre interações entre médicos/as e pacientes e discuto como as identidades são construídas e negociadas nessas interações, trazendo o conceito de “comunidades de prática” de Wenger (2004), além de discorrer sobre a história da saúde da mulher no mundo e no Brasil. O capítulo 3, *Minhas lentes de pesquisa*, descreve as teorias que embasam a pesquisa, ao passo que o capítulo 4, *Consultas Médicas*, apresenta as análises comparativas entre os dois tipos de consultas estudados. Por fim, as *Considerações Finais* oportunizam um momento de reflexão a partir das questões levantadas das análises, um momento de realizar questionamentos, assim como de estabelecer vínculos com áreas afins.

2. QUEM SOMOS E A QUE COMUNIDADES PERTENCEMOS? NOSSAS IDENTIDADES SOCIALMENTE CONSTRUÍDAS

“não é fácil ser mulher né?”
Bernardo (obstetra no Posto investigado)

A fala acima é de Bernardo⁴, médico obstetra participante da pesquisa, e foi dita enquanto ele se preparava para realizar um exame pélvico em uma paciente. A paciente, usuária de cadeira de rodas, queixava-se da dificuldade em realizar o exame. Ela tentou evitar o procedimento, ou pelo menos postergá-lo com uma ida ao banheiro (ação esta que lhe fora negada pelo médico). Nesse momento, Bernardo emitiu seu comentário.

O comentário evoca identidades de gênero ao mesmo tempo em que distancia médico e paciente. Nesse momento da interação, a identidade mais significativa é a de mulher, identidade essa com que Bernardo não se afilia, porém sobre a qual demonstra ter conhecimento ao supostamente se afiliar ao sofrimento da paciente. É interessante perceber que, apesar do uso da palavra “né”, que pode ser visto como um convite para que sua paciente concorde com o seu comentário, Bernardo não demonstrou compreensão com a paciente nas suas atitudes, não a deixando, por exemplo, ir ao banheiro antes do exame.

É por meio desses momentos situados, nos quais identidades são trazidas à tona na interação pelos/as participantes e são negociadas ou não por eles/as, que esta pesquisa busca analisar as identidades. Como os/as participantes se vêem ou como são vistos/as é o que se torna relevante para este estudo. É preciso ver cada participante como um ser único, como um indivíduo que se posiciona, pois identidade pode ser compreendida como o “posicionamento social do *self* e do/a outro/a”⁵ (BUCHOLTZ e HALL, 2005, p. 586).

Desde os tempos em que os cientistas propunham classificar as mulheres, comparando-as com os homens, já os faziam em coletividade, como um grupo homogêneo, não as considerando como indivíduos diferentes, como seres únicos com suas diferenças. Rohden (2001, p.26) explica que:

⁴ Os nomes dos/as participantes (médicos/as, pacientes e demais pessoas e instituições mencionadas) foram modificados a fim de resguardar as suas identidades.

⁵ “Identity is the social positioning of self and other”.

Os homens de ciência estavam preocupados em classificar, categorizar e generalizar, fixando seu olhar em grandes coletividades mais do que em indivíduos. Era assim que chegariam à formulação de classificações gerais e leis universais. Nessa perspectiva, supunham que homens e mulheres formavam dois grupos separados com uma relativa homogeneidade interna, definida pela idéia de uma natureza feminina e masculina distinta.

Essa classificação binária (homem-mulher) não estava livre de influências políticas e sociais, e as conseqüências dessas divisões afetaram as mulheres em diferentes âmbitos, tanto no pessoal quanto no profissional. Médicos procuravam justificativas físicas, biológicas e psicológicas para comprovar as diferenças entre mulheres e homens, e aquelas mulheres que transgrediam a norma eram consideradas doentes e, portanto, eram medicalizadas.

Procurando me afastar de categorias prontas, estáticas e dadas, vejo, assim como Bucholtz e Hall (2003, p.376), “as identidades como sendo inatas à ação e não às pessoas”. Afilio-me com a posição de que a nossa identidade de gênero é socialmente construída e não necessariamente algo biologicamente dado como natural. Não adoto posições tradicionais de identidade, tampouco as vejo como fixas, pré-discursivas ou apriorísticas. Portanto, farei uso de teorias feministas pós-estruturalistas, também conhecidas como teorias *queer* (BUCHOLTZ, 1999, BUCHOLTZ e HALL, 2005), que lidam com a construção e naturalização de identidades de gênero. Essas teorias defendem a idéia de que as identidades não são fixas, engessadas ou biologicamente determinadas, mas, sim, que são voláteis e construídas culturalmente. Eckert e McConnell-Ginet (1992) acreditam que

pensar de forma prática e olhar localmente é abandonar várias suposições comuns sobre gênero e estudos sobre linguagem como, por exemplo, que gênero pode ser isolado de outros aspectos da identidade social e relações, que gênero tem o mesmo significado em todas as comunidades e que manifestações lingüísticas de significado são as mesmas em todas as comunidades. Pensar de forma prática sobre gênero é focar no processo histórico da construção de categorias de gênero e relações de poder. ‘Gênero’⁶ se torna um verbo dinâmico⁷. (p.462)

As identidades de médica/o e paciente precisam ser negociadas situacionalmente, e as identidades do ser mulher, dentre outras, também. Os estudos sobre identidade estão muito vinculados aos estudos de gênero, porém esses estudos (ECKERT e MCCONNELL-GINET,

⁶ Grifo das autoras no original.

⁷ “To think practically and look locally is to abandon several assumptions common in gender and language studies: that gender can be isolated from other aspects of social identity and relations, that gender has that same meaning across communities, and that the linguistic manifestations of that meaning are also the same across communities. To think practically about gender is to focus on the historical process of constructing gender categories and power relations: ‘Gender’ becomes a dynamic verb”.

1992; BUCHOLTZ, 1999) se mostram válidos para as reflexões sobre as identidades que não envolvem as questões de gênero diretamente.

Como lembra Speer (2005), os estudos feministas sobre linguagem e gênero são divididos em três estágios. Esses estudos têm início no ano de 1922, com o livro de Otto Jespersen intitulado de *Language: Its Nature, Development and Origin*, que apresentava um capítulo específico sobre as diferenças entre os “sexos”, denominado *The Woman*. Jespersen focou seus estudos nas falas das mulheres como variações lingüísticas das falas dos homens, tidas como norma, e assim fortaleceu o sexismo e a inferioridade das mulheres em relação aos homens. O pesquisador acreditava que a fala das mulheres era mais educada e refinada, mas apresentava uma quantidade inferior de vocabulário em relação à fala dos homens.

Partindo da noção de que homens e mulheres são diferentes, o segundo estágio de pesquisas feministas sobre linguagem e gênero, nas décadas de 70 e 80, seguiu com os estudos que continuavam a ver os gêneros como categorias binárias. Esses estudos mostravam que a língua não previa de oportunidades iguais para homens e mulheres. Grande parte das feministas concordava que existiam diferenças na forma como homens e mulheres usavam a língua e como eram nela representados. As representações lingüísticas entre homens e mulheres foram, portanto, interpretadas de três formas por pesquisadores/as envolvidos/as em pesquisas sobre língua e gênero: déficit, dominação e diferença (OSTERMANN, 2003).

Robin Lakoff é considerada como a grande representante do segmento que perpetuou a crença da linguagem da mulher como déficit em relação à do homem. Essa visão de déficit “se refere a qualquer abordagem que interpreta as diferenças lingüísticas entre homens e mulheres como evidência da falta de poder da mulher e seu status subordinado em relação aos homens”⁸ (SPEER, 2005, p.32).

No seu famoso livro, *Language and Woman's Place*, de 1975, Lakoff analisa como as pessoas esperam que as mulheres falem e como as mulheres são representadas por meio da linguagem. Para a pesquisadora, a mulher é socializada de forma a se comportar e se expressar de certas maneiras esperadas e aceitas pela sociedade; ela é treinada a se expressar como uma dama. Portanto, ao longo de sua vida, experimenta discriminações, ora por não se

⁸ “[...] refers to any approach which interprets male-female linguistics differences as evidence for women's powerlessness and subordinate status vis-à-vis men”.

comportar de forma esperada, ora por ter a própria língua usada como forma de ridicularização quando se comporta como foi ensinada. Ao mesmo tempo em que o trabalho de Lakoff é considerado um marco nos estudos feministas, é também alvo de muitas críticas por reforçar a idéia da diferença entre os sexos e esteriótipos sobre mulheres (SPEER, 2005).

Como lembra Speer (2005), a segunda linha de estudos teve como líder a feminista radical Dale Spender, que acreditava que as mulheres eram dominadas pelos homens na fala, “em termos tanto da quantidade do que falam, quanto sobre o controle em relação ao tópico”⁹ (SPEER, 2005, p.37). Para Spender, a língua funciona como um processo de silenciar a mulher, tendo em vista que as normas da língua foram criadas pelos homens e esses estão na posição de controlar e dominar a língua. A luta de Spender caracteriza-se por garantir o direito de voz para as mulheres. Spender foi e é muito criticada por colocar as mulheres em posição de sofredoras, oprimidas e sem agentividade em relação aos homens que então conspirariam para oprimi-las.

A terceira linha de abordagem é a que foca seus estudos na visão da diferença. Deborah Tannen é a pesquisadora geralmente associada a essa linha. Ela tornou-se conhecida com a publicação de livros de fácil leitura, até mesmo para leigos na área da lingüística. Na sua teoria, Tannen também difunde a idéia de que homens e mulheres têm diferentes maneiras de se comunicar. No entanto, a pesquisadora não relaciona essas diferenças com o status subordinado das mulheres ou com a dominância dos homens. Tannen considera homens e mulheres como fazendo parte de dois modelos de culturas diferentes, *two-cultural model*, e, por isso, devem ter seus estilos diferentes validados. Tannen recebeu diversas críticas pelo seu trabalho por não contextualizá-lo com a literatura disponível na época, por não considerar as desigualdades estruturais e por caracterizar as diferenças entre homens e mulheres como diferenças simétricas (SPEER, 2005).

A partir da década de 90, surge a terceira onda dos estudos feministas que procuram se desvencilhar das idéias binárias associadas às diferenças entre os sexos. As pesquisas da filósofa Judith Butler têm impacto profundo no desenvolvimento do pós-estruturalismo feminista. Butler afirma que há uma distinção importante entre as palavras sexo e gênero e que essa distinção previne o determinismo biológico, assim como os usos indevidos dessas

⁹ “[...] in terms of both the amount they talk, and their control over the topic”.

palavras prejudicam e oprimem as mulheres. Para Butler, “tanto sexo como gênero são socialmente construídos”¹⁰ (SPEER, 2005, p.62), e o processo de construção de gênero nunca está completo, mas sim em constante processo de naturalização e performatividade.

A importância do discurso na formação da identidade é uma noção considerada importante por Butler. Para ela, “um significado não é criado de novo a cada vez que falamos ou ‘fazemos’ gênero”¹¹ (SPEER, 2005, p.63); a repetição dá forças ao que é dito e ajuda a manter e a moldar identidades e o que pode ser dito e feito por cada um/a. Cada vez que repetimos para uma criança que ela é uma menina, que ela tem que se comportar como menina, andar como menina, sentar como menina, nós estamos dando forças para moldar a identidade de gênero dessa criança por meio do nosso discurso, socializando práticas generificadas.

Dentro dessa noção de gênero como práticas sociais corporeificadas, Bourdieu desenvolve a teoria de *habitus* como a maneira pela qual cada grupo e/ou classe age e reage de acordo com determinadas situações. Bourdieu vê

[...] a construção do *habitus* como sistema das disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto de práticas e das ideologias características de um grupo de agentes (2003, p.191).

Os locais nos quais as pessoas interagem fazem com que elas vivenciem experiências diferentes. Portanto, a linguagem se materializa por meio do corpo, manifestando o que está presente na sociedade. Segundo Fabrício (2000),

o conceito de identidade completa e coerente é desafiado, dando espaço à conceitualização de sujeitos multifacetados e provisórios, fabricados por uma complexa rede de discursos produzidos na cultura, e envolvidos em um contínuo movimento de tornar-se. (p.238)

Dentro da perspectiva pós-estruturalista, as identidades não são tidas como apriorísticas, fixas ou únicas. Elas emergem por meio das práticas sociais e discursivas. Bucholtz (1999, p.12) busca “tornar visível os processos invisíveis de construção de identidade que se dão através do uso da linguagem”¹². Por isso mesmo, a linguagem tem um

¹⁰ “[...] both sex and gender are socially constructed”.

¹¹ “So, meaning, is not created anew each time we speak about or ‘do’ gender”.

¹² “[...] make visible the often invisible process of identity construction through language use”.

papel crucial na construção das identidades. A linguagem pode construir a nossa identidade de diferentes formas. As conversas em que nos engajamos, os grupos de discussões de que participamos, assim como as conversas que ouvimos ajudam a formar as nossas identidades.

É pela linguagem e pelo uso de certos termos que podemos nos aproximar ou distanciar de determinados grupos ou comunidades de prática. Escolhas lexicais, por exemplo, são muitas vezes indicativas das comunidades a que as pessoas pertencem. Por exemplo, uma palavra pode direta ou indiretamente invocar uma identidade, e termos técnicos, quando usados, podem dar indícios da profissão do falante.

Nesse sentido, Lave e Wenger (1991) introduzem o conceito de *comunidade de prática*, assim como discutem as relações entre mestres e aprendizes nessas comunidades e a maneira como eles/as negociam suas identidades nas atividades que desempenham. Wenger (1998, p.45) discute o conceito de *comunidade de prática* como “um tipo de comunidade criada através do tempo pela busca sustentada de um empreendimento compartilhado”¹³. Para o autor, “uma comunidade de prática não é só um grupo de pessoas definido por algumas características. O termo não é um sinônimo para grupo, time ou rede”¹⁴ (p.74). Engajamento mútuo, empreendimentos conjuntos e repertórios compartilhados são as três dimensões que identificam e definem uma comunidade de prática. Ao fazer parte de uma comunidade de prática, as pessoas compartilham interesses, crenças e conhecimentos. Passam a fazer parte de algum grupo ou lugar, o que, em alguns casos, pode oferecer um senso de pertencimento para algumas pessoas. As pessoas em uma comunidade de prática, muitas vezes, assemelham-se na maneira como se comunicam, usando termos que tornam as comunidades marcantes e singulares. Eckert e McConnell-Ginnet (2003, p.57) afirmam que “é através das comunidades de prática que influências lingüísticas podem ser disseminadas dentro e entre as comunidades de fala”¹⁵.

Algumas gírias, termos ou expressões surgem primeiramente dentro de comunidades específicas e depois são disseminados entre as pessoas que não fazem parte das comunidades. Esses termos, gírias e expressões podem até mesmo se tornar uso comum da população, e a

¹³ “[...] a kind of community created over time by the sustained pursuit of a shared enterprise”.

¹⁴ “A community of practice is not just an aggregate of people defined by some characteristic. The term is not a synonym for group, team, or network”.

¹⁵ “[...] it is within communities of practice that linguistic influence may spread within and among speech communities”.

comunidade de prática pode perder o domínio da palavra que também a caracterizava como tal.

De acordo com Wenger (1998), todas as pessoas, durante suas vidas, fazem ou fizeram parte de diferentes comunidades de prática, sem, necessariamente, terem pedido permissão para isso. Muitas comunidades de prática não têm nome ou chamam seus participantes de membros/as. Não têm um instrumento ou carteirinha de identificação e nem horários de encontros. Turmas de escola, de faculdade, grupos de amigos, colegas de trabalhos, turma de algum esporte ou de atividades manuais, grupos de pesquisas, grupo de igreja e fãs-clube são exemplos de algumas entre tantas comunidades de prática.

As pessoas podem, segundo o autor, fazer parte de diferentes comunidades de prática ao mesmo tempo e também deixar de fazer parte ou iniciar em uma nova comunidade de prática a qualquer momento. Podem ser, ao mesmo tempo, “newcomers¹⁶” em uma comunidade e “old-timers¹⁷” em uma outra comunidade, ou até mesmo “newcomers” e “old-timers” em diferentes momentos de uma mesma comunidade de prática.

Em cada comunidade de prática, é necessário negociar as múltiplas identidades nas atividades. “Os/as participantes nas atividades assumem uma variedade de papéis e identidades cuja relevância varia de momento a momento”¹⁸ (BUCHOLTZ, 1999, p.8). Nem todas as identidades são relevantes para um determinado momento ou comunidade de prática; identidades podem ser re combinadas e escolhas podem ser feitas a partir das circunstâncias. “Nossa pertença a qualquer comunidade de prática é apenas uma parte de nossa identidade” (WENGER, 1998, p.158). Quando estou no meu trabalho, por exemplo, eu performo (BUTLER, 1990 e 1993)¹⁹ a minha identidade de adulta, mulher, professora, embora também seja filha, mestranda e tenha alguns hobbies. Não existe nas pessoas um botão que possa ser utilizado para ligar e desligar as identidades; elas estão sempre com as pessoas, porém podem estar em maior ou menor evidência dependendo da situação.

¹⁶ Optei por utilizar o termo na língua original por ser específico da teoria. O termo ‘newcomers’ diz respeito àquelas pessoas novas na comunidade de prática, os membros periféricos, os/as novatos/as.

¹⁷ Conforme nota de rodapé 16, o termo ‘old-timers’ foi mantido na língua original e diz respeito àquelas pessoas que já pertencem à comunidade de prática há mais tempo, os chamados membros legítimos, os/as veteranos/as.

¹⁸ “Participants in such activities assume a variety of roles and identities whose relevance varies from moment to moment”.

¹⁹ A teoria da performatividade de Butler (1990 e 1993) sustenta a idéia de que as categorias sexo e gênero são socialmente construídas. Para Butler, através das nossas ações, da performatividade, alcançamos a naturalidade das categorias de gênero e, por consequência, de outras categorias.

Para fazer parte de uma comunidade de prática, não é necessário almejar a semelhança entre os/as participantes. Cada participante é único/a, e suas identidades são construídas e reconstruídas na interação. “Nós nos tornamos quem somos ao sermos capazes de desempenhar um papel nas relações de engajamento que constituem a nossa comunidade”²⁰ (WENGER, 1998, p. 152). Aprendemos um com o outro, mas não é preciso se tornar o outro. Segundo Wenger (1998),

relações mútuas de engajamento são tão prováveis de gerar diferenciação quanto homogeneização. Portanto, crucialmente, homogeneização não é nem um requisito para, nem um resultado do desenvolvimento de uma comunidade de prática²¹. (p.76)

As identidades são construídas a partir das relações com o mundo e com as outras pessoas. Nem todos os momentos e encontros na vida são significativos, e as práticas de que, por opção, não fazemos parte também ajudam a construir as identidades. A diferença define as pessoas tanto quanto a semelhança; “nossas identidades são construídas não só pelo que somos, mas também pelo que nós não somos”²² (WENGER, 1998, p.164).

É nas comunidades de prática que as identidades são negociadas, refutadas, ratificadas, confrontadas, negociadas, transgredidas e aceitas. Nas diferentes comunidades de prática negociam-se, aprendem-se e socializam-se as diferentes formas de se fazer gênero. Os/as participantes, por meio de processos de alinhamento ou resistência, assumem suas diferentes identidades, reafirmando a idéia de que elas são construídas e negociadas nas interações e não fixas e apriorísticas (OSTERMANN, 2003).

Nós não somos constituídos/as apenas por uma identidade, mas sim por várias. Considerando essa afirmação, Fabrício (2002 apud FABRÍCIO, 2004, p.238) aponta que nós como sujeitos “somos diferenciados e categorizados por nomes próprios, rótulos, aspectos corporais e toda sorte de características físicas, números, classe social, gênero, sexualidade, profissão, raça, etnia, nacionalidade e, mais recentemente, senhas, entre outras designações”. Entretanto, segundo Moita Lopes (2002 apud FABRÍCIO, 2004, p.238)

²⁰ “We become who we are by being able to play a part in the relations of engagement that constitute our community”.

²¹ “Mutual relations of engagement are as likely to give rise to differentiation as to homogenization. Crucially, therefore, homogeneity is neither a requirement for, nor the result of, the development of a community of practice”.

²² “Our identities are constituted not only by what we are but also by what we are not”.

apesar de construirmos nossas identidades sociais a partir de uma ampla trama-‘montagem’ complexa de vários elementos-, em nossa cultura somos freqüentemente posicionados e classificados com mais visibilidade em termos de nossa identidade de gênero.

Goodwin (apud BUCHOLTZ, LIANG E SUTTON, 1999, p.390) apresenta o conceito de “repertório de identidades”²³ para falar das múltiplas identidades que são constitutivas das pessoas. É preciso, portanto, pluralizar a palavra identidade para que essa possa condizer com o seu conceito.

2.1 AS IDENTIDADES NEGOCIADAS NAS INTERAÇÕES MÉDICAS

2.1.1 AS PESQUISAS SOBRE INTERAÇÕES MÉDICAS

Analisar os momentos em que as identidades são negociadas por médicos/as e pacientes torna-se útil para a compreensão de como as identidades são construídas situacionalmente como um processo dinâmico e de interlocução entre a agentividade individual e a influência das estruturas sociais (BUCHOLTZ e HALL, 2005). É importante observar as práticas no momento em que ocorrem e não criar situações laboratoriais para analisar esses momentos, pois assim é possível perceber situacionalmente e de forma dinâmica como o processo de construção de identidades se dá no mundo, de forma real. Estudos que envolvem as interações médicas ainda são tímidos no Brasil, no entanto se mostram avançados na Europa (BARRY, 2002; ELWYN, 2004), principalmente na Finlândia (PERÄKYLÄ, 1995, 1998; PERÄKYLÄ e VEHVILÄINEN, 2003; RUUSUVUORI, 2001 e 2005), nos Estados Unidos (FISHER, 1984; MAYNARD, 1991) e no Canadá (VINCENT, LAFOREST e BERGERON, 2007).

No Brasil, são poucos/as os/as pesquisadores/as que investigam a fala-em-interação em ambientes institucionalizados que não o ambiente escolar ou, em menor escala, empresarial. Muitos/as lingüistas que se aventuram nessa área de pesquisa ainda incipiente procuram uma entrada na área médica por intermédio da psicologia ou da psiquiatria (RIBEIRO, 2001; DANTAS, 2001; RIBEIRO, PINTO e DANTAS, 2002; DANTAS, 2002). Os estudos que envolvem o atendimento à saúde da mulher são ainda mais tímidos, porém

²³ “repertories of identities”

demonstram estar ganhando força em pesquisas realizadas principalmente no Sul e Sudeste do país (OSTERMANN, 2005).

Karen Mary Giffin (1991) é uma pesquisadora brasileira que desenvolveu estudos na área da saúde pública da mulher que englobam tópicos como consultas ginecológicas, gênero, sexualidade e violência contra a mulher. A pesquisadora considera, em suas pesquisas, as falas das pacientes, embora a partir de uma perspectiva metodológica (de coleta e análise) diferente da que este trabalho propõe. A pesquisadora também faz uma retomada histórica da política pública do Brasil e no mundo e propõe que, a partir de suas pesquisas, sejam feitas reflexões e melhorias em atendimentos, assim como reciclagem dos profissionais.

Izabel Magalhães é uma lingüista que tem pesquisado as interações médicas em hospitais brasileiros. A pesquisadora publicou um livro intitulado *Eu e tu: a constituição do sujeito no discurso médico* (2000), no qual ela busca estudar o discurso médico-paciente em um hospital em Brasília, mas especificamente durante consultas pediátricas. As consultas são gravadas em áudio além de filmadas e, as falas dos/as pacientes assim como as dos/as médicos/as, são analisadas ao longo do livro. A análise dos dados realizada pela pesquisadora difere da forma proposta pela presente pesquisa, embora Magalhães também busque a investigação de dados naturalísticos.

Pesquisas mais proeminentes e mais avançadas têm sido realizadas em outros países. As pesquisas realizadas na Finlândia têm como um de seus principais proponentes o pesquisador Anssi Peräkylä, que estudou desde as interações entre psicólogos e pacientes portadores de HIV (1995) até as relações entre médicos e pacientes, fazendo uso da Análise da Conversa (1998, 2002, 2003). Peräkylä estudou as tomadas de turno, a autoridade dos/as médicos/as, as respostas dos/as pacientes aos diagnósticos dados pelos/as médicos/as, assim como as diferentes maneiras de os/as médicos/as darem os diagnósticos para os/as pacientes.

Um dos seus estudos que chama atenção, denominado *Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge* (2003), em co-autoria com Sanna Vehviläinen, propõe um diálogo entre a Análise da Conversa e os “manuais”, os chamados “SIKs - Stocks of Interactional Knowledge”²⁴, sobre os modelos de interação de algumas instituições, como

²⁴ Traduzido por Ostermann como *Estoques de Conhecimento Interacional*.

terapias e consultas médicas. A análise de SIKs de determinados grupos, por meio da Análise da Conversa, permite comprovar de forma empírica os resultados, demonstrando o que de fato ocorria ou não de acordo com esses manuais. Além disso, os autores propõem uma reflexão àqueles/as que fazem uso desses manuais. Da mesma forma, Peräkylä e Vehviläinen demonstram a validade da interdisciplinaridade e dos ganhos que se têm com o “diálogo frutífero”²⁵ entre a Análise da Conversa e os SIKs.

Johanna Ruusuvuori (2005), assim como Peräkylä e Vehviläinen, também analisa as interações entre médicos/as e pacientes. Tem como foco, em uma de suas pesquisas, comparar as consultas médicas e consultas homeopáticas em relação à apresentação do motivo da consulta pelo/a paciente. Ruusuvuori analisa o que é considerado relevante e esperado do/a paciente quando ele/a relata o problema que gerou a consulta. Em outro estudo, Ruusuvuori (2001) analisa como os/as médicos/as se orientam tanto para ouvir os/as pacientes, durante o momento em que esses/as explicitam o propósito da consulta, quanto para registrar dados da consulta que precisam ser preenchidos. A pesquisadora conclui que o fato de as/os médicas/os terem que se dividir entre essas duas tarefas cria uma situação conflitante para os/as pacientes, pois esses/as ficam em dúvida se suas queixas estão realmente sendo ouvidas.

2.1.2 AS IDENTIDADES DE GÊNERO NAS CONSULTAS GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS

Focalizar ainda mais as análises nas interações face-a-face de consultas obstétricas e ginecológicas propicia investigar como as negociações de identidades se dão em eventos tão singulares e íntimos para as mulheres que buscam esses atendimentos. É preciso considerar que muitas mulheres são ensinadas a manter as pernas cruzadas, cuidar para não deixar a calcinha aparecer, vestir-se com decência e despir-se apenas para os homens que irão desposá-las. No entanto, as consultas ginecológicas, principalmente, exigem que a mulher se livre de preconceitos, pelo menos temporariamente, e que se apresente despida na frente de um/a médico/a. Em alguns casos, a paciente ainda precisa não apenas se mostrar despida, mas também se despir propriamente dito na frente de médicos/as, seja por falta de um local para realizar essa ação ou por descaso do/a médico/a com a situação da paciente.

²⁵ “fruitful dialogue”

Henslin e Biggs (1971), em seu estudo etnográfico *Dramaturgical Desexualization: The Sociology of the Vaginal Examination*, descrevem em detalhes as diferentes etapas de uma consulta ginecológica e as diferentes maneiras como a mulher é tratada por meio da linguagem. Falam sobre a tradição e bons costumes e sobre o momento mais íntimo da consulta, quando é realizado o exame pélvico ou de toque. Os autores, ao comentarem sobre o exame pélvico e a necessidade de a mulher se despir para a realização desses exames, afirmam que “o exame vaginal pode se tornar tão ameaçador que, de fato, para muitas mulheres, não só representa uma ameaça ao seu sentimento de modéstia, como uma ameaça à pessoa que são e os sentimentos que as constituem”²⁶ (p.244).

Ao mesmo tempo, os pesquisadores trazem para a discussão a “dessexualização” da mulher nas consultas, processo que evita maiores constrangimentos quando essas são atendidas por médicos homens²⁷. Além disso, os pesquisadores afirmam que, no momento do exame físico, a paciente é vista como pélvis e não como pessoa, possibilitando, portanto, a “dessexualização” da mulher. A própria posição que a mulher se encontra durante o exame e o pano que separa a visão do/a médico/a do olhar da mulher faz com que o foco do olhar do/a médico/a seja, de fato, a pélvis da paciente e não a paciente como um todo.

A pesquisa de Galasinski e Ziolkowska (2007) explora por meio das narrativas de médicos homens, como o gênero²⁸ é construído nos exames ginecológicos. Por meio de entrevistas realizadas com os médicos, as pesquisadoras analisam o que eles pensam sobre as consultas em si e principalmente sobre o momento do exame físico propriamente dito. As autoras argumentam que as identidades de gênero são mais flexíveis do que alguns pesquisadores sugeriram anteriormente em outras pesquisas. As pesquisadoras também afirmam que as consultas ginecológicas se caracterizam por oferecerem um dos exames mais íntimos a que a mulher pode se submeter. Para elas, o fato de que nesse exame as mulheres necessitem colocar à mostra suas partes mais íntimas, partes que culturalmente não deveriam ser expostas publicamente nem mesmo discutidas, é o que o torna tão singular.

²⁶ “The vaginal examination can become so threatening, in fact, that for many women it not only represents a threat to their feelings of modesty but also threatens their person and their feelings of who they are”.

²⁷ Certamente não se pode deixar de observar a perspectiva heteronormativa nessas asserções.

²⁸ As pesquisadoras, embora não afirmem, usam o termo gênero como um sinônimo para sexo biológico. No entanto, sexo e gênero não são sinônimos porque gênero são todos os dispositivos culturais acionados sobre o corpo biológico (o sexo).

Segundo Galasinski e Ziólkowska (2007), é característico desse tipo de consulta a necessidade de definir a paciente como um objeto, a fim de evitar qualquer possibilidade de um caráter erótico na relação médico-paciente. Para que o médico possa examinar a paciente, de acordo com as autoras, ele precisa construí-la como corpo e tratá-la a partir das partes corporais que examina. O corpo é separado da paciente, o toque deve ser impessoal. Até mesmo a palavra toque é evitada nas descrições dos médicos quando relacionada aos exames e é substituída pela palavra pressão, a fim de evitar qualquer relação erótica. Nesse momento da interação, gênero é irrelevante, pois não existe pessoa envolvida e sim um corpo sendo examinado.

Para Galasinski e Ziólkowska (2007), tornou-se claro que é no momento da paciente se despir que os gêneros, tanto dos médicos quanto das pacientes, tornam-se mais evidentes. Para tanto, estratégias de organização espacial do consultório, assim como a necessidade de o médico se retirar para que a paciente possa se despir sozinha, tornam-se requisitos básicos nesse tipo de consulta. O ato de se despir é visto, portanto, como um momento de transição, de passagem na consulta médica ginecológica, pois, após ser construída como mulher, a paciente está a caminho de ser construída como corpo. O momento de transição é de extrema importância para a consulta ginecológica. É preciso considerar que é difícil para o médico manter o “olhar clínico” em direção à paciente enquanto ela se despe, o que levanta a questão de que o ato de despir-se pertence ao mundo comum e não ao encontro médico e que esse ato é extremamente carregado de significados que não podem ser anulados pela medicalização e sobre os quais os médicos não têm poder. Para as pesquisadoras, foi através da pesquisa que puderam comprovar que o gênero se torna relevante e irrelevante em diferentes momentos da consulta e que nem sempre os médicos se orientam a ele. As identidades, sim, são construídas durante a interação e o que é mais relevante depende do momento da consulta (GALASINSKI e ZIÓLKOWSKA, 2007).

Os processos de tomada de decisões nas consultas clínicas entre médicos e pacientes, mais especificamente na decisão ou não de se realizar o exame preventivo de colo de útero, o “pré-câncer” é analisado por Sue Fisher (1984), em seu artigo *Doctor-patient communication: a social and micro-political performance*. A pesquisadora assume a crença de que, nos Estados Unidos, as relações médicas são assimétricas e, portanto, procura investigar de que forma as pacientes lidam com essa assimetria nas consultas, se questionam ou não as decisões tomadas pelos médicos e se impõem ou não as suas vontades. O que é possível verificar nesse

estudo é que as pacientes mulheres são dependentes dos julgamentos dos/as médicos/as, assumindo muitas vezes uma postura passiva. Quando os médicos são homens e as pacientes são mulheres, a assimetria das consultas é ainda mais ressaltada. Médicos/as e pacientes mantêm a ordem social em que cabe aos profissionais da saúde decidir quem precisa ou não de tratamento e cuidado médico.

Fisher percebeu que, assim como os/as médicos/as não discutem com as pacientes as suas decisões em nenhum momento da consulta, as pacientes, por sua vez, não questionam as decisões que já foram tomadas. A não ser nos casos em que a paciente chega ao consultório pedindo pelo exame, em nenhum outro momento percebe-se a paciente buscando negociar com o/a médico/a a sua decisão. A identidade de médico/a, que coordena a interação, é ativa e decide que procedimentos realizar, já está imposta antes mesmo de a consulta iniciar, assim como a identidade de paciente, que aceita essa postura médica sem negociá-la.

Outra pesquisa relevante é a de Weijts, Widdershovenb e Kok (1991), que apresenta as diferentes maneiras como as pacientes de consultas ginecológicas demonstram ansiedade frente a algum problema que estão enfrentando (que temem ser algo muito pior do que parece) e como os médicos reagem à ansiedade de suas pacientes. De acordo com o estudo, as pacientes falam sobre suas ansiedades de modo disfarçado, sem ir direto ao assunto. Já os médicos lidam com a ansiedade das pacientes de três formas diferentes: a) exploram as preocupações das pacientes; b) tranqüilizam-nas e/ou c) negam sua ansiedade. A partir da análise, os autores demonstram como pacientes e médicos negociam na interação o que é necessário ser discutido. Nos momentos em que o médico opta pela “voz da medicina” e não pela “voz do mundo”²⁹ (MISHLER, 1984), é quando a paciente assume uma identidade mais ativa e tem sua angústia discutida na consulta. Os pesquisadores sugerem, ao final do artigo, uma reflexão entre os/as profissionais da área médica a fim de que possam pensar estratégias para lidar com as ansiedades de pacientes e melhorar os atendimentos em consultas ginecológicas.

As pesquisas que procuram olhar a fala-em-interação em consultas médicas ainda estão engatinhando no Brasil. No entanto, aqueles/as que as realizam têm buscado aberturas em congressos da área da saúde, a fim de demonstrar a relevância desse tipo de estudo. É

²⁹ “voice of medicine and voice of the lifeworld”.

importante, contudo, traçar um relato histórico da saúde da mulher no Brasil e no mundo e, mais especificamente, da área da ginecologia e obstetrícia, para compreender as particularidades desse evento social. É isso que proponho fazer na seção que segue.

2.2 A SAÚDE DA MULHER: GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

2.2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO SURGIMENTO DA MEDICINA DA MULHER NO BRASIL E NO MUNDO

Alguns/mas pesquisadores/as como Fabíola Rohden (2001) e Lucila Scavone (2004) têm proposto fazer uma retomada histórica do surgimento da medicina da mulher, assim como pontuar fatos e dados relevantes do surgimento da área da ginecologia e obstetrícia. A partir de textos dessa ordem, é possível fazer uma reflexão sobre o papel da mulher na medicina e no mundo.

Rohden (2001) relata que a medicina da mulher começou a surgir no final do século XVIII, a partir da preocupação dos médicos em diferenciar homens e mulheres, principalmente por questões políticas. Apesar de a Revolução Francesa pregar o lema de liberdade e igualdade, foi nessa época que se iniciou uma busca de reafirmação das diferenças físicas, biológicas e sociais de cada sexo, com o movimento de tomada da medicina pelos médicos e expulsão da Igreja dos hospitais e faculdades.

O modelo grego de apenas um sexo biológico que seguiu até o momento do Renascimento foi substituído pela necessidade de diferenciação e do modelo de dois sexos. Rohden (2001) esclarece que essa busca pela diferenciação, no entanto, não deixa de ser marcada por objetivos políticos, para impedir que as mulheres ocupassem os cenários políticos e desempenhassem os mesmos papéis que os homens. As diferenças físicas visíveis não eram o bastante para comprovar as diferenças entre homens e mulheres em outros aspectos e, portanto, o estudo anatômico de cadáveres se fez importante. Foucault (1994, p.167) afirma que “o grande corte na história da medicina ocidental data precisamente do momento em que a experiência clínica tornou-se o olhar anátomo-clínico”. Foi a partir dos estudos de cadáveres que os médicos puderam afirmar que existem diferenças anatômicas entre homens e mulheres, assim como estudar diferentes doenças da época.

Segundo Rohden (2001), no início do século XIX, várias obras já haviam sido escritas detalhando as diferenças entre homens e mulheres e descrevendo o corpo masculino como sendo superior em relação ao corpo feminino. As diferenças eram desde as mais simples, como as de pele, até as mais complexas, em relação a cérebro, fibras e músculos. Passava-se a idéia de que o corpo feminino tinha sido moldado para a gestação, ou seja, predestinado para a maternidade e que a mulher precisava permanecer em casa enquanto o seu corpo se desenvolvia. Todas as suas energias precisavam ser direcionadas para o desenvolvimento do corpo e não para o pensamento. Com essas descobertas e com os estudos e dissertações que estavam sendo desenvolvidas, cabia à sociedade respeitar as diferenças. De cada indivíduo era esperada uma performance de acordo com o seu papel social. Segundo a tese de João das Chagas e Andrade, desenvolvida no Rio de Janeiro em 1839 (apud ROHDEN, 2001), nada mais cabia à mulher a não ser permanecer no seu lar.

Já vimos que, em consequência do tamanho e da conformação dos ossos, da pequenez e moleza dos músculos, todos os movimentos são morosos, e que por isso mesmo a vida sedentária se lhes torna como necessária, correspondendo no físico à fraqueza que temos notado no moral. (p.105)

Rohden (2001) segue esclarecendo que, na segunda metade do século XIX, deu-se a entrada das mulheres, em condições sociais menos favorecidas, no mundo do trabalho. Além de estarem envolvidas em atividades fora do lar, métodos contraceptivos haviam sido desenvolvidos e divulgados mais amplamente, oportunizando diferentes possibilidades de vida às mulheres. Grupos feministas lideravam lutas por direito à educação, ao trabalho e, com mais ênfase, ao voto. Com isso, viu-se necessário discutir as questões que envolviam as mulheres de forma mais clara e precisa. Estudos antropológicos, anatômicos, fisiológicos e psicológicos, dentre outros, buscavam justificar a diferença dos papéis sociais, muitos deles argumentando que as mulheres “no desenvolvimento da espécie, teriam ficado para trás em relação aos homens, o que as colocaria em uma posição mais próxima dos primitivos e das crianças” (ROHDEN, 2001, p.25).

Alguns estudiosos tinham como foco de interesse as mulheres, a fim de compreender as doenças que envolviam o sexo e, mais uma vez, comprovar as diferenças. Os temas que predominantemente envolviam os estudos da mulher giravam em torno do útero, dos ovários e da suposta fragilidade da mulher que a impedia então de levar uma vida semelhante à do homem. As doenças que acometiam as mulheres eram sempre relacionadas ao útero, doenças

das quais, portanto, não poderiam fugir devido a sua natureza biológica. Portanto, segundo Rohden (2001, p.16), “na medida em que são mulheres, são também doentes e são doentes porque são mulheres”.

As mulheres consideradas ninfomaníacas ou histéricas, assim como aquelas que se masturbavam, eram tratadas como apresentando algum distúrbio decorrente da identidade feminina, do possuir útero e ovários. Segundo Engelhardt (apud CONRAD, 1992, p.224), “no final do século dezanove a masturbação era considerada uma doença e era objeto de inúmeras intervenções médicas”. A masturbação deixou de ser considerada uma doença somente no século XX.

Como médicos neurologistas e de outras áreas não conseguiam curar as mulheres dessas “doenças”, cria-se uma área médica mais específica das mulheres, também conhecida como a “a ginecologia, que se definia como a ciência da mulher” (ROHDEN, 2001, p.31). Os ginecologistas propunham curar as mulheres dos males que as atingiam definitivamente. Por vezes, recorriam a cirurgias ginecológicas, como remoção de ovários, para curar distúrbios mentais ligados à menstruação, e excisão dos clitóris e lábios para curar o desejo sexual excessivo. Mulheres fora do controle eram consideradas um perigo para a família e os bons costumes e feriam o padrão moral de comportamento.

2.2.2 O PAPEL DA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE GÊNERO FEMININO E O LUGAR DAS MULHERES NA MEDICINA

Assim como a ginecologia se propunha a curar as mulheres do mal, ela também desempenhou um papel importante na medicalização do corpo da mulher visto que está atrelada ao papel de produção de sexualidade e reprodução na mulher. Com a distinção dos papéis entre homens e mulheres, a ginecologia auxiliou e continua a auxiliar a legitimizar a visão da mulher como mãe. O papel da mulher de ser mãe, até então, dizia respeito ao fato de ser fecundada pelo homem, desempenhando um papel passivo. Livros da área médica, assim como aqueles usados no ensino escolar, descrevem de forma assimétrica o momento de fecundação: o óvulo inerte à espera do espermatozóide “conquistador e desbravador das profundezas”, que, diante de todas as dificuldades, encontra o óvulo que irá fecundar.

Mais do que isso, é a crença na singularidade do corpo feminino como determinado à reprodução que possibilita a formação dessa especialidade que define as mulheres como um grupo particular de pacientes e um tipo distinto na espécie humana (ROHDEN, 2001, p 39).

O prazer durante o ato sexual não era algo almejado nas relações, considerando que o prazer da mulher não interferia na fecundação e, portanto, não era necessário durante o ato. Além disso, para os cristãos, o sexo era somente permitido para a procriação, e as mulheres ideais se definiam por estar em sintonia com esses interesses. “Esse ideal de mulher, em sintonia com os padrões do mundo cristão, se definia pela honra feminina. Uma honra baseada no controle da sexualidade” (ROHDEN, 2001, p.68).

O cuidado com as mulheres grávidas, assim como o que dizia respeito às doenças relacionadas às mulheres, as divulgações das normas da sociedade em relação a práticas sexuais, os exames de virgindade e casos de estupro, durante muitos anos, ficaram a cargo de parteiras que, muitas vezes, não possuíam nenhuma formação especializada a não ser a própria experiência. Os médicos não se interessavam pelo cuidado das mulheres e suas doenças, e as questões de pudores, muitas vezes, prejudicavam a realização de exames por parte deles. Os médicos eram, no entanto, chamados em casos de risco e partos difíceis (ROHDEN, 2001). Os médicos, nos momentos de consultas, evitavam tocar o corpo das mulheres, especialmente a parte do peito, o que os impedia de escutar o coração. A invenção do estetoscópio resolveu o problema da modéstia e do moralismo da sociedade da época. Foucault (1994, p.187) esclarece que

o estetoscópio, distância solidificada, transmite acontecimentos profundos e invisíveis ao longo de um eixo meio-tátil, meio-auditivo. A mediação instrumental no exterior do corpo autoriza um recuo que mede uma distância moral; a proibição de um contato físico permite fixar a imagem virtual do que se passa muito abaixo da região visível. A distância do pudor é uma tela de projeção para o oculto. O que não se *pode* ver mostra-se na distância do que não se *deve* ver. [grifos do autor]

É também no século XIX que ocorre uma definição e distinção entre ginecologia e obstetrícia. “Até essa época, a ginecologia, ou seja, o estudo e tratamento do aparelho reprodutivo e das doenças femininas, confundia-se com a obstetrícia” (ROHDEN, 2001, p.48). Era difícil encontrar estudos que analisassem a distinção das áreas. Muitos fatores auxiliaram na separação das áreas, e os motivos específicos que impulsionaram a definição da ginecologia e da obstetrícia como áreas distintas não são reconhecidos.

A ginecologia se restringiu aos assuntos relacionados à sexualidade da mulher, porém sempre visando à reprodução, à maternidade e às cirurgias abdominais, enquanto que a obstetrícia se dedicou aos aspectos que envolviam a reprodução da mulher e o parto. Pinard, obstetra francês, é o grande responsável por disseminar a importância das consultas de pré e pós-natal, tornando-se conhecido como “o pai da puericultura”³⁰ (O’DOWD & PILIPP, 1994; DEVRAIGNE, 1939, apud ROHDEN, 2001, p.50).

Rohden (2001) aponta que os médicos obstetras, nesse momento, começaram a competir com as mulheres parteiras e não aceitaram que essas profissionais tivessem suas atividades regulamentadas para poderem exercê-las dentro da lei. O College of Surgeons, em 1852, em meio a embates, ofereceu licenças para parteiras para que então pudessem exercer suas atividades legalmente. Iniciaram-se longas disputas entre médicos e parteiras que mais tarde se estenderam também ao pequeno grupo de mulheres que se aventuraram no mundo da medicina.

Quando a mulher buscou entrada no campo da medicina, iniciou majoritariamente pelo caminho da obstetrícia, da ginecologia e da pediatria. No entanto, não foi fácil para a mulher conquistar esses espaços. Os médicos não estavam dispostos a dividir as pacientes com elas e temiam que, pela singularidade das consultas, as pacientes preferissem consultar com médicas mulheres. Os médicos, portanto, tentaram usar do próprio corpo da mulher, levantando as questões biológicas e do desenvolvimento físico, para argumentar que a mulher não deveria se desgastar com os estudos. A mulher que optava por trabalhar era condenada perante a sociedade, pois estava optando por algo em detrimento da maternidade (ROHDEN, 2001).

No Brasil, as primeiras médicas só puderam frequentar as faculdades de medicina no final do século XIX, processo esse que ocorreu mais tardiamente em relação aos Estados Unidos e à Europa. A medicina no Brasil, marcada como uma medicina voltada para a sociedade, para prevenção e para a saúde, só teve início com a chegada da família real portuguesa no País. Os médicos ocupavam uma posição alta de poder na sociedade brasileira

³⁰ É comum encontrar o título “pai” como referência a um inventor ou descobridor de algo importante na história e/ou ciência. No entanto, não é comum encontrar o título “mãe” para se referir a uma mulher inventora ou descobridora. Sabe-se, contudo, que muitas mulheres foram responsáveis por descobertas e invenções, mas, por não poderem “reconhecer firma”, não podiam patentear seus inventos (SADKER e SADKER, 1995), o que era um reflexo da organização social que determinava tarefas específicas para homens e mulheres (BOURDIEU, 1998). O uso da palavra e do título no masculino é mais um reflexo do sexismo na linguagem.

por serem detentores de conhecimento, por pregarem pela educação e por serem legitimadores da moral. Machado et al. (apud ROHDEN, 2001) esclarecem que,

como a medicina é a detentora do conhecimento sobre o homem [sic] e seu organismo, incluindo as influências que ele sofre em função do estado social em que vive, ela deve ocupar o posto de frente na batalha em prol de uma sociedade organizada, livre das desordens provocadas pelos desregramentos individuais. A idéia da temperança, continência, moderação nos costumes está por trás da noção de uma república dos médicos. (p.55)

Os aspectos que dizem respeito ao desenvolvimento da especialidade da ginecologia e da obstetrícia também se desenvolveram no Brasil tardiamente em relação aos Estados Unidos e à Europa. O estilo de medicina que foi desenvolvido no Brasil se assemelhava em muitos aspectos àquele praticado na França. Muitos médicos se formavam em Paris e traziam as técnicas para serem aplicadas no país. Também precisavam competir com parteiras e, mais futuramente, com as primeiras médicas. Em 1870, as faculdades começaram a se organizar de forma mais sistemática, e a década de 1980 é considerada o “período áureo da medicina nacional” (ROHDEN, 2001, p.57).

Essa retomada histórica faz-se importante para conhecer os caminhos pelos quais os nossos antepassados passaram para ter direito a consultar com médicos homens ou médicas mulheres, assim como aqueles pelos quais as mulheres passaram para conquistar o direito de se tornarem médicas. Tudo isso diz muito sobre como interagimos no mundo hoje. É, de certa forma, compreensível entender as reflexões realizadas sobre as supostas assimetrias nas relações médico-paciente quando se remete ao poder que foi “conquistado”³¹ pelos/as médicos/as nos séculos passados. É preciso lembrar que essas conquistas e lutas fazem parte do cenário médico do mundo atual, e esses aspectos são relevantes para as análises que envolvem estudos nessa área.

³¹ O termo “conquistado” é, aqui, problematizado porque a medicina “conquistou” seu espaço não sem aniquilar outros sistemas e práticas de cura. Esse processo ocorreu, inclusive, com o uso da dominação pela força, como foi o caso da caça às bruxas. Nesse período, a Igreja legitimou explicitamente a profissão médica, considerando uma heresia a cura sem profissionalização (EHRENREICH e ENGLISH, 1973).

3. MINHAS LENTES DE PESQUISA

No presente capítulo, estabeleço as linhas teórico-analíticas implicadas no desenvolvimento da pesquisa e discorro sobre as lentes de pesquisa de que me valho para poder analisar o meu objeto de estudo. Considerando que as identidades são construídas social e historicamente e que são negociadas pelos/as falantes nas interações por meio do uso da linguagem, é preciso olhar para o papel da fala a fim de analisar mais precisamente o que ocorre e verificar como, de fato, as identidades emergem, são negadas, negociadas e também desconsideradas. Nesse sentido, é preciso olhar de forma situada o que os/as atores/as sociais fazem por meio da fala, já que ela é concebida, aqui, como ação.

A linguagem é, de fato, o ponto de partida e, ao mesmo tempo, o âmago do estudo em questão. Mais propriamente, é a linguagem em uso, a fala como ação social, ou, ainda, a fala como forma de fazer coisas no mundo (concordar, discordar, avisar ou reclamar). Em outras palavras, é a fala-em-interação, que foi estudada primeiramente por Sacks na década de 1960 e que continua sendo utilizada por pesquisadores/as do mundo todo.

A conversa face-a-face é o uso básico, mais comum e primordial da linguagem. É por meio da conversa que diferenciamos os seres humanos dos animais. Para Clark (2000, p.54), “a conversação face-a-face é o berço do uso da linguagem”. O autor explica por que a conversa face-a-face é concebida como a base da linguagem:

Ela é universal, não requer qualquer treinamento especial, e é essencial na aquisição da primeira língua³². Os outros cenários³³ prescindem do imediatismo, do meio ou do controle que caracterizam a conversa face-a-face, exigindo, portanto, técnicas ou práticas especiais. Se quisermos caracterizar o uso da linguagem em todos os seus cenários, o cenário que deve ser priorizado é o da conversa face-a-face (CLARK, 2000, p.56).

Segundo Goodwin (1990, p.2), “a análise da interação face-a-face fornece uma oportunidade de estudar a língua, a cultura e a organização social a partir de uma perspectiva

³² É importante, no entanto, considerar a aquisição da primeira língua para os surdos. Nesse caso, a língua materna, para muitos, é a língua de sinais, e a conversa face-a-face não seria, então, considerada essencial.

³³ Os cenários aos quais Clark se refere são divididos entre cenários falados e cenários escritos. O ponto chave a que Clark quer chegar é que, para que a conversa face-a-face aconteça, não é preciso nenhum tipo de equipamento, estudo ou treinamento. Enquanto que para outros tipos de cenários falados é necessário equipamentos como telefones, rádio ou televisão e para cenários escritos é preciso estudo e treinamento, para a conversa face-a-face basta saber falar.

mais integrada”³⁴. Ou seja, ao invés de se olhar para cada categoria como um campo de estudo diferente e separado, o estudo da fala-em-interação oportuniza que se olhe como esses aspectos se relacionam e produzem sentido na interação.

A maneira colaborativa, organizada e elaborada pela qual os/as participantes mutuamente se orientam nas conversas para alcançar seus objetivos chamou a atenção do sociólogo Harvey Sacks. Por meio de suas palestras no departamento de sociologia da Universidade da Califórnia, em Los Angeles, Sacks disseminou suas idéias e desencadeou a área de pesquisa da Análise da Conversa, que será mais detalhada a seguir.

3.1 O MUNDANO DIGNO DE ATENÇÃO

A partir da mente brilhante e dos pensamentos originais de Harvey Sacks, no início dos anos 60, iniciaram-se os estudos da Análise da Conversa. Os estudos da fala produzida nas interações diárias, a fala-em-interação, liderados por Sacks, tornaram o que antes era considerado por muitos/as como mundano, trivial e até mesmo insignificante, em um tópico importante de estudo e discussão. Sacks tinha a capacidade de transformar o tópico mais trivial em algo excepcional. Estudou desde conversas entre amigos/as a ligações feitas para um centro de prevenção de suicídio, demonstrando, com as análises, que as falas cotidianas são fenômenos ordenados, altamente organizados e dignos de estudos científicos.

A análise da fala-em-interação, como o próprio nome já diz, não corresponde a estudos laboratoriais ou falas criadas para um determinado contexto, mas sim a interações naturalísticas, que são gravadas na medida em que vão ocorrendo, sem que sejam pré-estabelecidos “instrumentos” de coleta. O objetivo é analisar situações reais e não situações criadas, como entrevistas.

As primeiras pesquisas de Sacks foram desenvolvidas a partir do corpus de ligações telefônicas que lhe foi concedido por um Centro de Prevenção de Suicídios, em Los Angeles, no qual ele havia trabalhado como pesquisador. A partir da análise da sequencialidade das interações, Sacks percebeu o quão organizadas são as interações humanas. O fato de a pessoa dizer ou não o seu nome no início da conversa telefônica para o/a atendente do centro levou

³⁴ “The analysis of face-to-face interaction provides an opportunity to study language, culture, and social organization from an integrated perspective”.

Sacks a estudar sobre a existência ou não de um momento adequado na interação para dizer o nome e sobre as estratégias lingüísticas para optar por não dizer o nome e, portanto, não ferir a face.³⁵

Com a análise de interações naturalísticas, é possível verificar como os/as participantes compreendem uns/mas aos/às outros/as, como respondem aos turnos de fala, como interpretam o que o/a outro/a diz e como se orientam para o que está acontecendo, sempre em uma análise situada. Para a Análise da Conversa,

as palavras usadas na fala não são estudadas como unidades semânticas, mas como produtos ou objetos que são designados e usados em termos de atividades que são negociadas na fala: como pedidos, propostas, acusações, reclamações, e assim por diante (HUTCHBY E WOUFFITT, 1998, p.14)³⁶.

É por meio de dados naturalísticos e de análises localmente situadas, partindo de uma perspectiva êmica³⁷, que é possível compreender como se dão determinados comportamentos e como os grupos sociais se constituem como tais, com suas características e especificidades.

Em 1974, com a publicação do artigo *A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation* (SACKS, SCHEGLOFF E JEFFERSON, 1974, doravante SSJ, 1974), sobre o sistema de tomada de turnos, a Análise da Conversa estabeleceu-se de forma mais sólida, demonstrando, mais uma vez, sua relevância social.

Segundo Peräkylä (1995, p.40), “não importa o que os/as participantes fazem na interação, suas condutas são reguladas pelo sistema de tomada de turnos”³⁸. A partir das análises desse sistema, é possível compreender diferentes aspectos da conversa, como, por exemplo, de que forma os/as interlocutores/as se orientam no momento da interação e como interagem entre si.

A partir da perspectiva da Análise da Conversa, analisa-se a organização seqüencial dos turnos de fala, pois é por meio da seqüencialidade dos turnos que é possível compreender

³⁵ O conceito de face proposto por Erving Goffman (1955) será detalhado na seção subsequente sobre Sociolingüística Interacional.

³⁶ “words used in talk are not studied as semantic units, but as products or objects which are designed and used in terms of the activities being negotiated in the talk: as requests, proposals, accusations, complaints and so on”.

³⁷ A perspectiva êmica diz respeito à maneira pela qual os/as participantes significam suas atividades.

³⁸ “Whatever the participants do in interaction, their conduct is regulated by the turn-taking system”.

melhor a interação. Além disso, visa-se analisar as durações e transferências de turnos, assim como as sobreposições de fala. São considerados turnos de fala desde palavras e frases até mesmo enunciados não-lexicais como *hum* e *mhm*. Sacks está interessado, sobretudo, na maquinaria que está por trás da conversa e que a torna viável. Ele percebe que existe uma estrutura regrada (não fixa, mas sempre atualizada a cada nova interação) que permite que as pessoas entendam umas às outras. Se os/as falantes tivessem de inventar um sistema sempre novo, as interações seriam caóticas. Sacks chama atenção, ainda, para o fato de que a ordem social é observável dentro das estruturas das conversas mais corriqueiras, ou seja, a fala é a criadora da realidade social.

Dentro dessa idéia de maquinaria, SSJ (1974, p.700) identificam e apresentam, em seu artigo, as principais características do sistema de tomadas de turnos, observadas em qualquer conversa, que são:

- 1) Os/as falantes nas interações alternam os turnos de fala, o que é pressuposto em uma interação.
- 2) Na maior parte da interação, os falantes falam um de cada vez. Cada um precisa estar atento à fala anterior para poder saber quando tomar o turno, de forma a tornar a conversa organizada e não caótica.
- 3) Em alguns momentos, há sobreposição de falas entre os/as falantes. No entanto, essas não são constantes, mas breves, pois sempre alguém acaba cedendo o turno de fala.
- 4) São comuns as transições de um turno para o outro sem que haja pausas ou sobreposições de fala, mantendo a interação mais fluída. As transições caracterizadas por pequenas pausas ou sobreposições formam a maioria das transições.
- 5) A ordem dos turnos não é fixa, ela varia. No entanto, a variação não ocorre ao acaso. A ordem dos/as falantes é negociada situacionalmente.
- 6) O tamanho dos turnos não é fixo e pode variar sendo negociado entre os/as falantes. O sistema não define o tamanho dos turnos.
- 7) A duração da conversa não é especificada a priori.
- 8) O que os/as falantes dizem não é especificado a priori.
- 9) Não é especificada a priori a distribuição relativa de turnos. Existem algumas alternativas a serem escolhidas.
- 10) O número de participantes pode variar. O sistema é compatível para o mais variado número de participantes.

11) A fala pode se contínua ou descontínua.

12) Os/as falantes podem fazer uso de técnicas de alocação de turnos. Essas técnicas podem ser gestuais (como o direcionamento do olhar) ou algum falante pode dirigir uma pergunta diretamente para alguém ou se auto-nomear para ser o/a próximo/a a falar.

13) Diferentes unidades de construção de turnos são empregadas; turnos podem ser realizados em uma palavra só ou no tamanho de uma sentença.

14) Os mecanismos de reparo existem para lidar com as situações de problema nas tomadas de turno, como, por exemplo, sobreposições de falas e mal-entendidos entre os/as falantes.

A fim de melhor compreender esses aspectos, sugiro a análise de um excerto advindo do corpus da presente pesquisa:

(1) [POSTO270406GMariana]³⁹

1 GABRIEL: maria:na
 2 (5.0)
 3 o:[i]
 4 MARIANA: [o::]i
 5 GABRIEL: tudo bo:m
 6 MARIANA: tu:do be:m
 7 (2.0)
 8 ((o médico fecha a porta))
 9 >°pode sentá maria:na°<
 10 (1.0)
 11 MARIANA: >bri?gado<
 12 (2.0)
 13 GABRIEL: >então-< (.) o que que ho:uve contigo, foi
 14 consultá: com que:m, [xxx]x,
 15 MARIANA: [eu fu:i-]
 16 (1.0)
 17 >é::::: eu consulte:i com a douto:ra ima:ra
 18 (.) particula:r<
 19 GABRIEL: [m::]
 20 MARIANA: [tá.] (.) eu:::: (.) >faz ho?ras que eu nã:::o-
 21 aliá:s< (.) meu preventi:vo já está venci::do.
 22 GABRIEL: m[hm::]
 23 MARIANA: [x::], a mamografi:a, e °tu:do°? (.) .hh é:
 24 mas xxx exa:me:: ela falo:u que te:- que eu
 25 teri:a um pó[lipo]
 26 GABRIEL: [pólipo.] (.) tá.
 27 MARIANA: a:::í: ela- (1.0) queri- teri:a que sê retira:do

³⁹ As convenções de transcrição adotadas para esta pesquisa encontram-se no Apêndice 1. Foram traduzidas e adaptadas de Atkinson e Heritage (1984) e se encontram publicadas em Schnack, Pisoni e Ostermann (2005).

28 e[:::]
 29 GABRIEL: >[antes] de fazê: a cole:ta de pré-câncer tem
 30 que sê retira:do<
 31 MARIANA: é. e::: >que teri:a que saí: então do
 32 laboratório pra aná:lise<=
 33 GABRIEL: =m:hm::
 34 MARIANA: e:: (.) tô: assim meia- [xx]
 35 GABRIEL: °[mhm:]°
 36 MARIANA: preocupa:da xx
 37 GABRIEL: tu se:mpre faz pré-câncer, anu[a:l,]
 38 MARIANA: [SIM.] (.) sim.=
 39 GABRIEL: =>primeira ve:z que isso apare:[ce]<
 40 MARIANA: [i:]::sto?

A organização dos turnos pode normalmente ser descrita através de categorias denominadas pares adjacentes, pois “certas classes de enunciados convencionalmente são produzidos em pares”⁴⁰ (HUTCHBY E WOOFFITT, 1998, p.39). Após a produção da primeira parte do par é que é possível pensar em possibilidades para a segunda parte e também verificar a compreensão das/os participantes sobre suas ações. No excerto acima, o chamar do médico pela paciente constitui a primeira parte de um par adjacente, tendo a entrada da paciente no consultório como a segunda parte constituinte desse par. Isto é, o par adjacente é formado pelo chamado e pela resposta para esse chamado. Apesar de a paciente ter entrado no consultório sem emitir nenhuma resposta verbal, percebe-se que compreendeu o que era esperado dela para a completude da ação pareada. Como SSJ (1974) colocam, “a organização da tomada de turnos conversacionais obriga os/as participantes a mostrar uns/umas aos/às outros/as, em seus turnos de fala, sua compreensão do turno do/a outro/a”⁴¹ (p. 728).

O segundo par adjacente da interação analisada é constituído pelo “oi” do médico e pelo “oi” da paciente (linhas 3 e 4), respectivamente, a primeira e a segunda parte do par. Tal par é: a saudação e a resposta para a saudação. Ocorrem de forma sobrepostas, quase que simultaneamente. O terceiro par adjacente da interação é constituído pelo “tudo bom” do médico e pela a resposta de “tudo bem” da paciente. Tais turnos são, respectivamente, a primeira e a segunda parte do par, ou seja, a pergunta de como a paciente está e a resposta a essa pergunta. Sacks levanta a questão de que, nesse caso, a resposta “educada” é sempre

⁴⁰ “certain classes of utterances conventionally come in pairs”.

⁴¹ “the turn-taking organization of conversation obliges its participants to display to each other, in a turn’s talk, their understanding of other turn’s talk”.

responder que se está bem; é quase que um “ritual de saudação” conversacional. Em sua palestra de 1975, intitulada *‘Everyone has to lie’*, Sacks argumenta que sempre esperamos que a resposta seja positiva e não uma resposta literal de como realmente estamos nos sentindo. É possível perceber que isso também ocorre na consulta médica analisada, em que a informação de como a pessoa está se sentindo seria de fato relevante. Esse par adjacente da interação acima, “tudo bom – tudo bem”, é, de acordo com os estudos de Sacks, um ritual conversacional, pois, logo em seguida, na linha 13, o médico investiga com a paciente o que houve com ela, querendo saber sobre o seu real estado.

Como é possível ver, a paciente também compreende que o “tudo bom” do médico faz parte da saudação inicial da consulta, não sendo uma pergunta literal do seu estado (DREW, CHATWIN e COLLINS, 2001). Somente a partir da linha 15 é que ela começa a explicar o porquê de ter consultado com outra médica, ou seja, o que ocorreu com ela. A pergunta do médico “então o que houve contigo” (linha 13) é formulada de forma diferente de uma saudação. Está mais caracterizada como uma pergunta médica, e, portanto, nesse caso, como é possível verificar, a paciente responde de forma apropriada. Nas linhas 34 e 36, com a verbalização da palavra “preocupada” pela paciente, é que é possível compreender o porquê de ela ter consultado com uma médica particular, considerando que ela costumeiramente realiza consultas no posto de saúde.

Por meio dessa interação, é possível compreender como se dá a constituição dos pares adjacentes. A primeira parte do par adjacente normalmente oferece mais de uma opção de resposta. Por exemplo, em um caso de convite, pode haver dois caminhos a serem seguidos: aceitar o convite ou recusá-lo. Essas opções caracterizam a chamada organização de preferência (LEVINSON, 1983), um escalonamento de preferências entre ações preferidas ou despreferidas. É necessário, no entanto, de acordo com Levinson (1983, p.307), deixar bem claro que “a noção de preferência não é psicológica, no sentido de que não se refere à preferência do “falante” ou do “ouvinte”. É antes, uma noção estrutural que corresponde à noção próxima ao conceito de lingüística de **marca**”⁴². As respostas preferidas ocorrem logo após o turno anterior, sem demoras, marcas ou hesitações e de forma objetiva; já as respostas

⁴² “The notion of preference is not a psychological one, in the sense that it does not refer to ‘speakers’ or ‘hears’ individual preferences. Rather it is a structural notion that corresponds closely to the linguistic concept of **markedness**”. (grifo no original)

despreferidas são marcadas pelo atraso da resposta, hesitações, mitigações, maior carga morfológica e justificativas.

Como é possível verificar na linha 37, no momento em que Gabriel pergunta a Mariana se ela “sempre faz o pré-câncer anual”, a resposta da paciente ocorre colada à fala do médico. Mariana, além de responder sem demora, faz uso de um volume de voz mais alto para responder (linha 38) que “SIM, sim” sempre faz o pré-câncer anualmente. Portanto, a resposta de Mariana se constitui como a resposta preferida nessa situação, enquanto que na linha 15, Mariana inicia uma longa explicação sobre com quem foi consultar. Essa resposta mostra-se despreferida, pois ela está mitigando a sua resposta por meio de maior carga morfológica, justificativas e alongamento de palavras.

O alocamento dos turnos acontece, prioritariamente, pelo direcionamento de perguntas por parte do médico e pelas respostas por parte da paciente. Ao emitir expressões como “mhm”, que são também turnos de fala, o médico repassa o turno à paciente para que esta prossiga com suas falas. Assim, essas expressões fazem o papel de continuadores e, ao mesmo tempo, revelam que o médico está escutando a fala da paciente.

Analisar como são distribuídos os turnos entre as/os participantes torna-se importante no momento em que se pretendem traçar relações entre as consultas ginecológicas e as obstétricas e observar como se dão as negociações de identidades nessas consultas e as relações de poder por meio da fala. Peräkylä (2002), com o seu estudo sobre consultas médicas, percebeu que raramente as/os pacientes discordam abertamente ou questionam os diagnósticos das/os médicas/os e que, quando o fazem, é de forma mitigada e cuidadosa para não ferir nenhuma face. O autor observou pacientes que tiveram uma postura mais ativa em relação à autoridade da/o médica/o e outras/os que se colocaram de maneira mais passiva ou até submissa.

Dentro dessa mesma linha de estudos, Ruusuvoori (2001) demonstra, por meio de análises de consultas médicas, o que ocorre quando a/o paciente não encontra o olhar da/o médica/o durante a sua fala. A autora ressalta a importância da análise da organização das trocas de turnos para maior compreensão desses olhares e desencontros de olhares, assim como também para traçar relações com as orientações posturais do/a médica em relação aos pacientes. O fato de as/os médicas/os terem que preencher fichas e ouvir as/os pacientes ao

mesmo tempo, assim como entregar receitas e pegar medicamentos, faz com que tenham que ser hábeis para realizar diversas tarefas simultaneamente durante a consulta médica.

A maneira como a/o médica/o se posiciona corporalmente em direção à/ao paciente e a direção de seu olhar podem demonstrar se a prática está centralizada na/o paciente. Birdwhistell (1970, apud GUMPERZ, 1998, p.109) exemplifica que “no ato de falar, os olhos, o rosto, os membros e o torso, todas essas partes do corpo emitem sinais produzidos automaticamente que em geral passam despercebidos, mas que transmitem informação”.

Outro aspecto fundamental a ser observado nas interações em consultas médicas é a sua institucionalidade. As interações entre médicos/as e pacientes/as acontecem em contextos institucionais, porém o que caracteriza a fala como sendo institucional não são os locais nos quais as interações ocorrem, mas sim a maneira como os turnos de fala são organizados nas interações, as identidades que emergem nas interações e que são escolhidas pelos participantes, as escolhas dos registros, dentre outros aspectos relevantes (DREW E HERITAGE, 1992). Todos esses arranjos e negociações apontam para a relevância de se olhar para a fala sempre de forma situada e não isolada ou num vácuo (SACKS, 1992). Ainda, dentro dessa noção de situacionalidade, Pomerantz e Fehr (1997) apontam que a fala auxilia a constituir o contexto, assim como o contexto constitui a fala. “Ao falar ‘informalmente’, o sujeito não só é receptivo a um cenário ‘informal’ como também auxilia a constituir o cenário como informal”⁴³ (POMERANTZ e FEHR, 1997, p.70).

Na perspectiva de análise do presente trabalho, observo as interações entre médicos/as e pacientes mulheres em um contexto de consulta médica. Portanto, verifico como as/os participantes se orientam para os papéis de médico/a e paciente, considerando também as relações de poder na instituição médica. De acordo com Heritage e Greatbatch (apud HUTCHBY e WOOFFITT, 1998), existem dois tipos de instituições, os tipos formais e os tipos não-formais. A consulta médica, em função de suas características (estrutura interacional menos rígida, porém orientada a uma tarefa específica), pertence aos tipos não-formais, assim como sessões terapêuticas e encontros de negócios. Os tipos formais seriam, por exemplo, audiências judiciais em tribunais, vários tipos de entrevistas acadêmicas e/ou televisivas,

⁴³ “By speaking ‘informally’, one not only is responsive to an ‘informal’ setting but also helps to constitute the setting as ‘informal’.

métodos de ensino mais tradicionais e cerimônias que seguem um roteiro de fala mais estruturado e rígido.

Maynard e Clayman (1991, apud SILVERMAN, 1998, p.163) esclarecem a questão que preocupa a Análise da Conversa. Os pesquisadores dizem que os/as analistas da conversa

[se] preocupam com o fato de que, ao usarem termos como ‘consultório médico’, ‘tribunal’, ‘departamento de polícia’, ‘sala de aula’ e outros, para caracterizar os locais... podem tornar obscuro muito do que ocorre nesses ambientes... Por esta razão, os analistas da conversa raramente confiam em dados etnográficos e, portanto, examinam se e como os próprios interagentes revelam uma orientação para o contexto institucional ou outros contextos.⁴⁴

As pesquisas da Análise da Conversa caracterizam-se pelo alto grau de complexidade e detalhamento analítico, uma vez que esse tipo de pesquisa não lida com categorizações apriorísticas, mas volta-se para aquilo que é trazido à tona na conversa, para aquilo a que os/as falantes se orientam e para aquilo que fazem na interação. Sacks iniciou seu trabalho a partir de aulas magistrais tidas como verdadeiros espetáculos, que infelizmente foram interrompidas pela sua morte prematura. Seu trabalho influenciou os estudos das Ciências Humanas e apenas se especula sobre o quanto mais ele teria a nos oferecer.

3.2 SOCIOLINGÜÍSTICA INTERACIONAL

A partir dos estudos de Sacks, Schegloff e Jefferson (SSJ, 1974; SACKS, 1992) e de Goffman (1974), as pesquisas sobre a organização social se tornam cada vez mais focadas na interação face-a-face, nas situações em que as pessoas se engajam cotidianamente. Os/as pesquisadores/as defendiam a idéia de que era possível analisar os fenômenos sociais manifestados nas relações entre os/as participantes nesses encontros cotidianos, sendo esses encontros representativos, em sua essência, das estruturas sociais, políticas e culturais da sociedade a que os/as participantes pertenciam.

Nessa perspectiva, a obra de Goffman (1974), *Frame Analysis*, busca analisar as questões que envolvem as noções de enquadres nas interações, ou seja, como os/as

⁴⁴ “[are] concerned that using terms such as ‘doctor’s office’, ‘courtroom’, ‘police department’, ‘school room’, and the like, to characterize settings... can obscure much of what occurs within those settings... For this reason, conversation analysts rarely rely on ethnographic data and instead examine if and how interactants themselves reveal an orientation to institutional or other contexts”

interagentes enquadram suas falas. Goffman “aponta que enquadre pode ser visto como um processo de filtro através dos quais princípios de conduta e valores de nível social são transformados e re-focados para serem aplicados as situações sob análise”⁴⁵ (SARANGI e ROBERTS, 1999, p.457).

A noção interativa de enquadre para Tannen e Wallat (1998) seria o meio pelo qual os falantes dão sentido ao que estão dizendo. As autoras afirmam que a noção interativa do enquadre refere-se à capacidade de se perceber qual atividade está acontecendo e à capacidade de os falantes interpretarem as ações de seus/suas interlocutores/as. A partir do que ouvimos e percebemos, interpretamos se o enquadre é de piada ou de um elogio, por exemplo.

Em uma consulta médica, as/os médicas/os precisam mudar de enquadres diversas vezes, preenchendo fichas, realizando exames físicos, prescrevendo medicamentos, dentre outras tarefas. No excerto a seguir, advindo da presente pesquisa, é possível observar um desses momentos.

(2) [POSTO110806SLisete]

1 LISETE: °bom dia°
 2 SOLANGE: bom ?dia
 3 LISETE: °xx [xx]°
 4 SOLANGE: [só] anotá uma coisinha aqui que (não)
 5 terminei de escrevê ainda
 6 LISETE: uhum
 7 (2.0)
 8 SOLANGE: o que que houve agora?
 9 LISETE: eu tive um sangramento? e eu tô com a pressão
 10 alta?
 11 SOLANGE: uh[u:m]

No momento em que a paciente entra no consultório e cumprimenta a médica, o enquadre instaurado é o de saudação. Logo após a saudação, poderia ser instaurado o enquadre consulta. No entanto, a médica solicita tempo (linha 4) para terminar de anotar algo que estava incompleto. A paciente concorda com esse pedido da médica (linha 6) e somente a

⁴⁵ “framing can be viewed as something like a filtering process through which societal level values and principles of conduct are transformed and re-focused so as to apply to the situation at hand”.

partir da pergunta da médica “o que houve agora?” (linha 8) é que se instaura o enquadre de consulta médica.

Como a posição dos/as interagentes se modifica a cada novo enquadre durante as interações, é necessário que, durante esses diferentes enquadres, médica/o e paciente realinhem-se de acordo com a nova situação. Esse alinhamento é chamado por Goffman (1981a, apud TANNEN E WALLAT, 1998) de *footing*. Para ele, um falante competente é aquele que consegue mudar o *footing* dentro da interação, que é capaz de “ir e vir” de um enquadre para o outro. Segundo o pesquisador, é por meio de pistas e marcadores lingüísticos que os *footings* são manifestados e podem ser analisados.

Outro estudo importante, especialmente no que diz respeito à organização dos turnos de fala e à questão dos pares adjacentes (e, por consequência, da organização de preferência) é a noção de face, proposta por Erving Goffman (1955). Para Goffman (apud OSTERMANN, 2000), o conceito de face pode ser definido como o valor social positivo que uma pessoa clama para si durante contatos particulares. Durante a interação, os/as participantes se vêem em situações em que precisam preservar suas faces e também a dos/as seus/suas interlocutores/as e o fazem por meio de uma variedade de estratégias lingüísticas.

Estudos interacionais sobre as ações de proteger a face têm sido realizados em termos de organização de preferência (POMERANTZ, 1984; OSTERMANN 2003; 2006). No entanto, há momentos nos quais não se pode evitar ferir a face do interlocutor. Nessas ocasiões, interagentes marcam suas ações como despreferidas, com risos, maior carga morfológica, atraso na fala, voz mais baixa, gaguejo, dentre outras.

Para Goffman, as faces estão relacionadas à construção moral das regras da sociedade. As faces desempenham uma função social e são indispensáveis para as relações entre as pessoas nas interações face-a-face. Interacionalmente, procuramos tanto proteger a nossa face quanto a face do/a outro/a, não realizando atos que possam ocasionar ameaças, bem como reparando uma ameaça à face já ocorrida. Goffman (1955) lembra que o trabalho de face não é um objetivo interacional, mas condição para que a interação seja possível.

Na interação que apresento a seguir, constituinte do corpus da pesquisa, é possível caracterizar um momento “delicado” para a médica, que precisa agir de forma mais assertiva

com a paciente que está atendendo. Essa paciente apresentava gravidez de risco, não havia parado de fumar e fugira do hospital.

(3) [POSTO300606SClaudia]

87 SOLANGE: [o] cigarro tu já parou?
88 (2.0)
89 CLÁUDIA: to[do (.)] todo não
90 SOLANGE: [de fumá]
91 (3.0)
92 então nós vamo combiná assim ó? se tu-tu tem alguma
93 coisa tu tem que fazê pra ajudá né? porque se tu não
94 pára de fumá, se precisa interná tu não fi:ca, pedem
95 pra ti tu não va:i
96 (2.0)
97 CLÁUDIA: é que na na:: [eu eu tô- eu tomo água né]
98 SOLANGE: [eu não tenho muito o que] fazê pra te
99 ajudá=
100 CLÁUDIA: =é difí:cil daí [a: no] hospital disseram que eu
101 SOLANGE: [é:::]
102 CLÁUDIA: tinha que tomá ?água
103 SOLANGE: cla:ro [:tomá água é::]
104 CLÁUDIA: [daí eu comecei a] tomá água e repouso?
105 aí xx (de ficá num caminho) [xx xxx né] ?daí eu:
106 xx até
107 SOLANGE: [pois é:::]
108 CLÁUDIA: ia mudá de [xxx]
109 SOLANGE: [que] tinha que ficá em repouso né?
110 CLÁUDIA: mas ficá andando xxx repouso
111 SOLANGE: ah mas daí (tu) tá fazendo tudo e?rrado então
112 CLÁUDIA: lá: eu não conseguia nem ficá co- de repouso
113 porque toda hora tão me botando soro toda hora
114 xx saí dos braço
115 SOLANGE: cla:ro se tu não [pa]rá de te mexê
116 CLÁUDIA: [é:]
117 (2.0)
118 SOLANGE: aí tu tem que decidí o que que tu qué pra esse
119 teu ?filho né? vai dependê de ?ti
120 (3.0)
121 se tu vai querê que ele ve:nha ou não ?né se
122 venha normal também porque sem líquido a criança
123 não se gera ?né
124 CLÁUDIA: mas tá aumentando um pouco né? aumentou um pouco
125 SOLANGE: pois é:
126 (1.0)
127 mas ainda não é o suficiente né
128 (7.0)
129 vai dependê mais de ti do que da gente porque:
130 ã: a médica tá lá no teu pré-natal tá fazendo de
131 ?tudo né
132 CLÁUDIA: °uhum°

Como é possível perceber, a médica demonstra preocupação em apresentar a real gravidade do caso para a paciente sem se preocupar muito com a proteção de sua face ou até mesmo da paciente. A assimetria interacional fica bastante evidente, pois não há um trabalho por parte da médica em diminuir a distância entre ela e a paciente. Aliás, a médica coloca-se bem claramente como alguém que tem o poder e a autoridade para “reprimir” atitudes não recomendadas para mulheres grávidas. A médica orienta-se para as respostas da paciente sobre como ela está seguindo as combinações médicas e, nos turnos que seguem às respostas, discorre sobre a responsabilidade da paciente (mãe) em relação à criança que está gerando. Solange faz avaliações sobre o comportamento de Cláudia, afirmando que os/as médicos/as estão desempenhando o papel que cabe a eles/as, porém a paciente está fazendo “tudo errado” (linha 111). Solange não faz uso de mitigadores ou palavras no diminutivo e não deixa a paciente se eximir de sua “culpa”. Entre as linhas 118 e 123, a médica questiona se a paciente quer mesmo que o/a filho/a nasça e que nasça normal e, na linha 129, retorna a questão de que depende da paciente, e não dela, o sucesso da gravidez e a saúde da criança. A médica se exime de responsabilidade e exime as outras pessoas envolvidas no processo, pois a paciente não está seguindo as prescrições dos/as profissionais da saúde.

A seção seguinte tratará do processo de coleta e análise dos dados. Os dados são analisados dentro dos preceitos teóricos trazidos até aqui.

4. MÉTODOS DE COLETA E ANÁLISE DAS INTERAÇÕES

A metodologia utilizada nesta pesquisa subdivide-se em metodologia de coleta, de transcrição e de análise dos dados em questão. Essas três subdivisões são apresentadas a seguir, em uma única seção. As decisões metodológicas iniciam no momento em que se definem o objeto de estudo e os locais de observação e seguem ao longo de todo o desenvolvimento da pesquisa.

De cunho etnográfico (SILVERMAN, 2001; FETTERMAN, 1998), os dados foram coletados com gravações em áudio, além das minhas observações em diários de campo. Essa é uma pesquisa que se caracteriza pela perspectiva êmica, ou seja, por aquilo que é trazido à tona pelas/os participantes na interação. No entanto, tenho também a minha visão externa, ética, do que está acontecendo e, dessa forma, em algumas ocasiões, trago a minha análise sobre alguns fatos e situações. Segundo Fetterman (1998, p.11), “a tarefa do etnógrafo não é só coletar informações através da perspectiva êmica, interna, mas também de fazer ter sentido todos os dados por meio da perspectiva científica social ética ou externa”⁴⁶.

As gravações foram transcritas seguindo as convenções de transcrição criadas por Jefferson (1984) e adaptados por Schnack, Pisoni e Ostermann (2005). É possível, segundo a proposta da Análise da Conversa, ver o mundo, as macroestruturas, refletidas no contexto micro, nas análises das transcrições. No entanto, não se pode negar que as transcrições também refletem as crenças e o que as/os pesquisadoras/es julgam pertinentes. Transcrever repetições, sobreposições de fala, assim como pausas e hesitações, para alguns/mas pesquisadores/as, pode ser considerado supérfluo e, para outros/as, essencial.

Devido à particularidade do evento discursivo estudado, em respeito à privacidade dos/as participantes, não pudemos utilizar o recurso de filmagem. Portanto, gestos, olhares e linguagem corporal não puderam ser documentados por meio de vídeo. Contudo, complementamos as transcrições com dados de nossas observações⁴⁷ em diários de campo.

⁴⁶ “The ethnographer’s task is not only to collect information from the emic or insider’s perspective but also to make sense of all the data from an ethic or external social scientific perspective.”

⁴⁷ Visto que a minha pesquisa faz parte do projeto maior de pesquisa da Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann, outras membras do grupo de pesquisa também realizaram o trabalho de ida a campo, gravando e tomando notas de momentos relevantes. Na presente pesquisa, faço uso dessas transcrições e também das notas de diários de campo de outras componentes do grupo de pesquisa.

Considerando a perspectiva de como a Sociolinguística percebe a forma como as pessoas se organizam social e culturalmente no mundo, a pesquisa se vale do que Gumperz (1998) chama de “pistas de contextualização”. As pistas de contextualização podem ser linguísticas (mudança de código, de dialeto e escolhas lexicais) paralinguísticas (pausas e hesitações) e/ou prosódicas (entonação, sotaque e volume da voz). Elas são portadoras de sentidos e só podem ser compreendidas quando analisadas dentro de um contexto, nesse caso, o contexto de consultas ginecológicas e obstétricas.

Durante a pesquisa, algumas decisões metodológicas importantes precisaram ser tomadas, como, por exemplo, sair da sala de consulta durante o exame de toque ou não gravar as consultas de grávidas menores de idade. Essas decisões foram tomadas considerando prerrogativas éticas que devem ser adotadas ao se pesquisarem seres humanos e tinham como objetivo garantir a integridade das/os participantes da pesquisa, assim como mantê-las/os à vontade dado o momento íntimo em que se encontravam. Essas situações implicaram modificações nos planos iniciais e perdas de momentos (presenciais) importantes da interação.

Um primeiro momento do processo desta pesquisa diz respeito às negociações de entrada de campo, que foram iniciadas ainda no final do ano de 2005 pela professora Dra. Ana Cristina Ostermann, coordenadora geral do projeto maior de pesquisa no qual este estudo se insere. Como esse projeto maior precedeu o início do estudo aqui desenvolvido, encontrei a pesquisa maior já em andamento e o campo já “aberto” para a realização do meu projeto de pesquisa.

Como iniciei o meu projeto no final do ano, grande parte das consultas já havia sido gravada pelo grupo de pesquisa. Participei juntamente com as outras pessoas envolvidas no projeto dessa incursão a campo, gravando algumas consultas da médica Solange, além de transcrever várias interações e revisar as transcrições já transcritas.

A etapa seguinte do processo da pesquisa foi a negociação com as mulheres a cada ida ao posto. O momento de negociação é muito peculiar e de extrema cautela. Obviamente, para que se desenvolva, a pesquisa necessita do aceite das mulheres. Todavia, ao mesmo tempo, quer-se garantir plenamente a elas o seu direito de aceitar ou não, pois não se podem trazer prejuízos àqueles/as que estão sendo pesquisados/as. Nem todas as pacientes consentiam

minha presença. Outras, apesar de primeiramente relutarem em participar da pesquisa, assim que lhes era explicado como ela ocorria, demonstraram interesse e não se opuseram. Algumas comentaram que eu iria ouvir os segredos delas, deram um sorriso tímido e aceitaram fazer parte da pesquisa. Depois de ouvirem as explicações orais sobre o projeto, elas liam e, caso consentissem participar, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Uma cópia do termo⁴⁸, com os contatos da coordenadora geral do projeto, permanecia com elas, caso tivessem alguma dúvida ou decidissem posteriormente desistir da pesquisa.

Vale ressaltar que uma das pacientes participantes da pesquisa mencionou que teria sido interessante ter gravado uma consulta que ela tivera semanas anteriores, devido a um comentário da médica que a desagradou. Para essa paciente, a minha presença parecia garantir uma “melhor” conduta da médica durante a consulta, em função daquele encontro estar sendo gravado.

Algumas pacientes já haviam sido gravadas por outras pesquisadoras, visto que as diferentes membras do grupo de pesquisa faziam visitas semanais ao local. Portanto, em alguns casos, temos mais de uma consulta de uma mesma paciente. Esse fato proporcionou acompanhar os casos dessas pacientes e as resoluções de seus problemas.

Ao todo foram transcritas 144 consultas num tempo total de gravação de 15 horas, 57 minutos e 49 segundos. Como tinha a meu dispor todos os dados advindos desse projeto, juntamente com a orientadora, julguei pertinente analisar todas as consultas transcritas em vez de criar um mecanismo para selecionar apenas algumas para a minha pesquisa. Assim, com todas as 144 consultas transcritas, pude observar recorrências e aspectos que foram importantes de ser analisados e comparados.

Os tópicos de análise do capítulo seguinte surgiram a partir de diversos “olhares” sobre as transcrições e áudios. Não iniciei a minha pesquisa desejando analisar um fenômeno específico das consultas ginecológicas ou obstétricas, mas sim um local específico. A minha análise é *data-driven*, pois analiso os aspectos que se mostraram recorrentes e, dessa forma, relevantes de ser estudados em cada uma das consultas pesquisadas.

⁴⁸ Uma cópia do TCLE que as pacientes assinaram encontra-se no Anexo 1. As originais assinadas estão em posse da orientadora da pesquisa. Tanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, quanto o projeto da Profa. Dr. Ana Cristina Ostermann no qual esta pesquisa se insere foram encaminhados para o Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS.

O processo de análise é exaustivo. É preciso retornar aos dados inúmeras vezes. É necessário ler, ouvir, anotar, ouvir novamente e até mesmo deixar de lado os dados por um tempo. A combinação perfeita para se estudarem os dados coletados é ouvir as gravações ao mesmo tempo em que se analisam as transcrições (POMERANTZ e FEHR, 1997). Muito se perde ao se recorrer apenas a uma dessas opções. Apresentar uma análise refinada envolve tempo e envolvimento.

As consultas ginecológicas e obstétricas foram gravadas do início ao fim, desde o momento em que médico/a e paciente se cumprimentavam até quando se despediam, passando pelo momento de coleta de dados da paciente (anamnese), informações sobre possíveis problemas, resultados de exames, ausculta do abdômen e até mesmo o exame pélvico, também chamado de exame de toque.

Durante o exame de ausculta do abdômen, realizado nas consultas obstétricas com a finalidade de ouvir os batimentos cardíofetais, as pacientes grávidas costumam apenas abrir os botões ou zíperes das partes inferiores de suas roupas, como calças, bermudas e saias, e levantam um pouco as blusas. As pacientes permanecem com a maior parte de suas roupas no corpo.

Para o exame de toque nas consultas obstétricas, a/o médica/o pede que a paciente tire a parte de baixo da roupa ou apenas uma perna da calça. Às vezes, nem mesmo os sapatos as pacientes tiram. Já as pacientes da ginecologia, quando necessitam realizar o exame de toque, na maioria das vezes, retiram toda a roupa. A fim de manter a privacidade da paciente, na maior parte das vezes, a/o médica/o abre um biombo, que separa a sala em dois ambientes. Durante as minhas gravações com a médica Solange, ela me pediu que eu saísse da sala no momento do exame de toque⁴⁹. Quando isso ocorreu, não retornei para a sala até que a consulta tivesse terminado. Mesmo sem a minha presença física, a gravação da consulta continuava. Durante os momentos em que eu não permanecia na sala de consulta, ficava na sala de espera, onde havia em torno de 10 cadeiras, fazendo anotações sobre o local de pesquisa, registrando dados e informações que foram importantes para a análise.

⁴⁹ Esse fato ocorreu somente comigo e não se aplica às gravações feitas pelas outras membras do grupo de pesquisa. Crédito esse pedido da médica à falta de intimidade entre nós. Era meu primeiro dia de coleta de dados e não tivemos muito tempo para conversar. Outra membra do grupo que realizava gravações exclusivamente com ela e com quem já tinha mais intimidade não passou por essa experiência de ter de sair da sala durante os exames de toque.

É preciso estar ciente de que, devido a nossas presenças e à do gravador durante as interações, as participantes da pesquisa podem ter modificado os seus comportamentos, interagindo de forma diferente de como agiriam caso não estivessem sendo observadas e gravadas. Wray (1998, p.11) avisa para que se tenha cautela com o “paradoxo do/a observador/a”⁵⁰ (LABOV, 1972), pois:

é freqüentemente impossível coletar dados sem que o sujeito saiba que você o está fazendo. Assim, a presença de um gravador, equipamentos experimentais ou simplesmente o/a próprio/a pesquisador/a podem afetar o comportamento lingüístico do(s) sujeito(s). Portanto, os dados podem não representar o que ocorreria se nenhuma observação estivesse acontecendo⁵¹.

Tendo consciência desse dilema, é preciso analisar as interações a partir do que está de fato acontecendo e não do que estaria acontecendo se essas não estivessem sendo gravadas. É importante tentar minimizar a presença do/a pesquisador/a, porém é impossível saber o que aconteceria se, de fato, ele/a não estivesse presente. Todavia, essa é a realidade de pesquisas que lidam com seres humanos e que buscam gravar as interações e assim garantir a confiabilidade e validade de seus dados.

⁵⁰ O paradoxo do/a observador/a diz respeito à questão de como coletar dados dos/as participantes sem que o/a pesquisador/a influencie a produção espontânea desses dados por parte desses/as participantes pesquisados/as.

⁵¹ “it is often impossible to collect data without the subject knowing that you are doing so. Yet the presence of a tape recorder, experimental equipment or even simply you yourself may have an effect on the linguistic of the subject(s), so the data may not be representative of what happen if no observation were taking place.”

5. AS CONSULTAS MÉDICAS

As consultas médicas devido a suas especificidades, tais como o local onde normalmente ocorrem e os assuntos que nelas são discutidos, têm sido largamente caracterizadas por uma assimetria entre os/as médicos/as e os/as pacientes no que diz respeito a quem tem direito a perguntar, a iniciar a conversa, quem muda os tópicos da conversa, quem faz uma piada ou até mesmo quem ri ou não (SACKS, 1992; SILVERMAN, 1998; HUTCHBY e WOUFFITT, 1998; MAYNARD, 1991; ATKINSON, 1995; MONDADA, 1998; PERÄKYLÄ, 2002; RUUSUVUORI, 2005).

Essa assimetria não é necessariamente algo existente a priori, mas construído e estabelecido interacionalmente pelos/as participantes na consulta. No entanto, não se pode negar a “força” da identidade do/a médico/a na interação e o quanto já se espera que a pessoa imbuída dessa identidade assuma o papel de gerenciadora da interação. Isso, em parte, acontece pela diferença de saberes (BOURDIEU, 1998) que entram na interação e que autorizam o/a médico/a a realizar ações como conduzir a consulta, fazer diagnósticos, receitar tratamentos e aconselhar. Além disso, a estrutura da consulta médica “é ensinada nas escolas médicas e os/as pacientes são repetidamente treinados/as sobre elas por meio da exposição desde a infância” (HERITAGE e MAYNARD, 2006).

A seguir, apresento e discuto interações advindas do corpus desta pesquisa. Procurei separá-las em dois subcapítulos, denominados de *Consultas Obstétricas* e *Consultas Ginecológicas*, a fim de estabelecer uma organização textual e analítica comparativa. Em cada subcapítulo, trato dos aspectos que se tornaram relevantes no momento de análise dos dados. Foi a partir do “olhar desmotivado”⁵² a que Sacks (1992) se referia que percebi recorrências e aspectos importantes em cada tipo de consulta.

5.1 CONSULTAS OBSTÉTRICAS – O SER MÃE

⁵² Para Sacks, ao invés de iniciar uma pesquisa com uma idéia em mente do que se quer achar, o ideal seria iniciar a pesquisa com o processo de um “olhar desmotivado”, o que possibilitaria a descoberta de uma gama de achados fascinantes.

“Dá a natureza dois momentos divinos à vida da mulher: o momento da boneca – preparatório –, e o momento dos filhos – definitivo. Depois disso, está extinta a mulher”.
(MONTEIRO LOBATO, 1920, apud ROHDEN, 2001).

5.1.1 Ser boa mãe é colocar o/a filho/a em primeiro lugar

Nas consultas obstétricas analisadas, as pacientes procuram o/a médico/a para realizar as consultas de pré-natal. Em algumas ocasiões, elas consultam uma vez por mês, outras vezes consultam de quinze em quinze dias e, quando já estão perto de ganhar o bebê, consultam semanalmente. Paciente e médico/a engajam-se em conversas sobre o sexo do bebê, sobre o peso do bebê e o da paciente, sobre o nome que a família está pensando em colocar na criança, mas, acima de tudo, conversam sobre a saúde da criança e sobre os exames que são solicitados.

Realizar os exames requeridos pelo/a médico/a, ou seja, estar com o pré-natal em dia, denota dedicação por parte da paciente. Em muitas consultas, as pacientes auto-elogiam-se por seu comportamento exemplar, comentando que fizeram tudo “bem feito”, tudo “bem direitinho”. Os/as médicos/as também se preocupam em realizar todos os exames necessários antes do nascimento da criança. Dessa forma, constroem-se como médicos/as competentes e preocupados em realizar aquilo que deles/as é esperado. Peräkylä (1998) demonstra que os/as médicos precisam negociar com os/as pacientes a sua confiabilidade e construir-se como competentes, pois essa identidade também não existe a priori⁵³.

Na interação a seguir, é possível verificar um momento em que médico e paciente discutem se a paciente deveria tentar realizar ou não um exame⁵⁴. Ela já havia completado quarenta e uma semanas de gravidez, e, se o bebê não nascesse até o final da semana em que consultava, ela teria de ir até o hospital para fazer uma cesária. Por isso, por mais que ela quisesse tentar fazer o exame em questão, o resultado não ficaria pronto até o dia do parto.

(4) [POSTO120406BRubia]

⁵³ Peräkylä refere-se ao termo *accountability*, utilizado previamente por Garfinkel (1967) e por Heritage (1984). Ou seja, o/a médico/a precisa prestar contas para o/a paciente das decisões que está tomando, explicar o porquê de seguir um tipo de tratamento e não outro.

⁵⁴ Não é possível identificar ao longo da consulta o nome do exame sobre o qual médico e paciente conversam.

208 RÚBIA: tô com quarenta e uma
 209 (2.0)
 210 então tá
 211 (2.0)
 212 então esse exame não vou fazê?
 213 (1.0)
 214 BERNARDO: >não vai adiantá tu não vai tê o
 215 resultado antes<
 216 RÚBIA: sim pois vou marcá, vou lá e vou marcá
 217 BERNARDO: vai marcá, vão te marcá pra de[po::is]
 218 RÚBIA: [>pra semana que vem<]
 219 BERNARDO: pra semana que vem
 220 RÚBIA: é
 221 BERNARDO: é não adianta
 222 RÚBIA: mas aí eu mostro isso lá no hospital ou
 223 não precisa
 224 BERNARDO: mostra isso lá no hospital. mostra, mostra
 225 que pelo menos a gente teve boa vontade
 226 [de tentá fazê né]
 227 RÚBIA: [sim sim sim sim]
 228 BERNARDO: só eles que demoraram=
 229 RÚBIA: =é que eu fiz todos
 230 os exames né. graças a deus eu fiz tudo
 231 direitinho no pré-natal não, né os outros
 232 exame [que era pra fazê eu fiz]
 233 BERNARDO: [não eu vi], fizeste tudo
 234 direitinho

Durante alguns turnos de fala, médico e paciente negociam a relevância de se marcar um exame ou não. Inicialmente, Bernardo deixa claro que não adianta marcar o exame, pois o mesmo não ficará pronto antes do parto, enquanto que a paciente explicita o seu intuito de marcá-lo mesmo assim. Quando questionado pela paciente sobre mostrar ou não a requisição desse exame no dia do parto no hospital, Bernardo explica que ela deveria, sim, mostrá-la, pois, ao seu ver, essa atitude demonstraria aos/às médicos/as no hospital que ela e Bernardo tiveram, pelo menos, boa vontade de realizar o exame. Bernardo e Rúbia estão, na verdade, protegendo-se de eventuais críticas ou julgamentos da sociedade e de outros/as médicos/as sobre suas condutas. Bernardo parece preocupado com a sua conduta como médico, e Rúbia, com sua conduta como mãe.

Da mesma forma, é possível ver na fala de Rúbia, na linha 231, o que ela pensa de si mesma, quando faz um julgamento sobre como ela fez “direitinho” o pré-natal, realizando todos os exames solicitados, o que faz dela uma boa paciente e, conseqüentemente, uma boa mãe, uma mãe responsável e preocupada com a saúde de seu bebê. Bernardo concorda com a

auto-avaliação de Rúbia e, assim, chancela a avaliação de Rúbia com o argumento de autoridade (SILVERMAN, 1998) daquele que é o representante da medicina e responsável pela saúde da criança. Ele valida e se afilia com a imagem que Rúbia constrói de si mesma. Como é possível ver na linha 233, Bernardo diz que viu que ela “fez tudo direitinho”, repetindo a mesma fala de Rúbia, até mesmo a palavra no diminutivo⁵⁵. Diminutivos, na Língua Portuguesa, são usados mais comumente nas falas direcionadas para as crianças (MELZI e KING, 2003; MAKRI-TSILIPAKOU, 2003; KING e MELZI, 2004) e não com adultos, o que torna a relação entre médico e paciente ainda mais assimétrica. A fala de Bernardo se assemelha à fala de um pai, de um professor, de uma autoridade ou de alguém imbuído de poder quando “valida” um julgamento sobre outra pessoa. Rúbia se constrói como uma mulher que precisa prestar contas a um médico.

Nas consultas obstétricas, a preocupação geral é com a saúde da criança que ainda não nasceu. Exames de saúde e mudanças de hábitos de vida (tanto os alimentares quanto os que dizem respeito à saúde, como parar de fumar ou se exercitar) são discutidos em função da criança e da melhoria da saúde da criança e não necessariamente da mãe que está gerando esse/a filho/a. Segundo Bordo (1993, apud RÚDÓLFSDÓTTIR, 2000, p.340), “as necessidades do feto/criança antecedem as necessidades da mulher grávida, que deve ser guiada pelo amor incondicional de mãe”⁵⁶. As pacientes da presente pesquisa, em algumas consultas, comentam que entendem que as dores que estão sentindo são em função da gravidez e que é necessário passar por elas, ainda mais se é para o melhor das crianças.

No excerto abaixo, é possível analisar um momento em que a paciente Tânia conversa com o médico Bernardo sobre as filhas gêmeas que ainda não nasceram. Tânia, em turnos anteriores, reclama sobre dores nas costas que vem sentindo nos últimos dias. A paciente já

⁵⁵ São poucos os estudos que analisam o uso de diminutivos. Destaco os estudos de Melzi e King (2003) e King e Melzi (2004) que tinham como objetivo examinar os padrões de gênero e idade do uso do diminutivo nas conversas entre mães e filhos peruanos. Além disso, procuraram caracterizar as formas do discurso e funções de imitação dos diminutivos e explorar diferenças potenciais entre grupos de falantes. Outro estudo relevante é o de Makri-Tsilipakou (2003), que buscou investigar sobre a crença comum de que os diminutivos são usados mais por mulheres e mais direcionados para crianças meninas. Os dados da pesquisa demonstram que, apesar do esperado ser uma maior produção entre as mulheres, foram os homens que fizeram mais uso de diminutivos. Porém, os diminutivos foram usados direcionados às mulheres com mais frequência. O uso de diminutivos na Língua Portuguesa se assemelha ao uso de diminutivos na Língua Espanhola. Os diminutivos em ambas as línguas possuem vários significados: são usados nas falas direcionadas a crianças e bebês (*baby talk*), nas referências a tamanho pequeno, a demonstração de carinho, como ironia, com sentido pejorativos ou depreciativo. Ainda existem aqueles que são considerados diminutivos congelados, como, por exemplo, salgadinho, chiquinha de cabelo, panelinhas de brincar na casinha de bonecas e também camisinha.

⁵⁶ “the needs of the fetus/child foreshadow the needs of the pregnant woman who should be guided by unconditional mother love”.

completou trinta e cinco semanas de gravidez. No exame de toque, Bernardo constata que Tânia já possui dois “dedinhos” de dilatação (linha 117), mais uma vez fazendo uso do diminutivo na fala direcionada para a paciente. Médico e paciente então conversam sobre tentar segurar um pouco mais a gravidez. O objetivo do médico e da paciente é o de chegar a trinta e seis ou trinta e sete semanas de gravidez, e Bernardo comenta, em alguns turnos seguintes, que cada dia é uma vitória. No entanto, como é possível perceber na fala de Tânia, ao mesmo tempo em que é uma vitória “segurar” um pouco mais a gravidez por causa de suas filhas, é também um sofrimento para ela. O corpo de Tânia é objetificado enquanto os fetos são transformados em “super-sujeitos” (RÚDÓLFSDÓTTIR, 2000).

(5) [POSTO120406BTania1]

115 BERNARDO: bom, guria: tá::
 116 (4.0)
 117 do:is dedi:nhos aqui ó: (.) tá::,
 118 (2.0)
 119 <não teve mu:::ita modificaçã:::o desde a
 120 outra consu:::lta né?>
 121 TÂNIA: ã: xx xx ((fala gemendo um pouco junto))
 122 BERNARDO: po:::uca co:isa
 123 TÂNIA: °hai° (.) essas dana:da vão querê: ainda-
 124 judiá a mãe delas (não vão vim)
 125 (4.0)
 126 vão que?rê-
 127 (1.0)
 128 ficá: até o pra:zo
 129 (8.0)
 130 BERNARDO: que bom. né?
 131 TÂNIA: ?m:?hm:
 132 BERNARDO: vão querê ficá: até o pra:?zo
 133 (3.0)
 134 TÂNIA: é:, é bom né, mas:
 135 (.)
 136 coita:da da mã:e ?né
 137 (2.0)
 138 coita:da da mãe de:las né
 139 (.)
 140 vont:de de cho?rá
 141 BERNARDO: .h [eu também a:cho tâ:nia]
 142 TÂNIA: [?xxxxxxx]
 143 (.)
 144 ã?
 145 BERNARDO: também a:cho.
 146 (1.0)
 147 coita:da da mãe né,
 148 TÂNIA: é::
 149 (3.0)
 150 >nã:::o e:: até: o me:do às vê:zes elas se-

151 elas se me:xem ta:nto que dá ta:nta ?dor
 152 que- .h que eu não fico preocupada comigo
 153 eu fico preocupa:da com ?elas<
 154 (1.0)
 155 >pare:ce que tem a sensaçã:o que elas tão::
 156 tranca:ndo a cabe:ça ali e eu:: não po:sso
 157 fazê: na:da<
 158 (7.0)
 159 sensação que elas tão se machuca::ndo e
 160 eu::
 161 (2.0)
 162 hhh
 163 (4.0)
 164 BERNARDO: .hh e:::
 165 (1.0)
 166 TÂNIA: >hein douto:r e o que que eu ia te pergun-
 167 °a::° devia deixá o senho:r falá:
 168 primei?ro=
 169 BERNARDO: =não. pode- pode perguntá:

Tânia, logo após a fala de Bernardo sobre os dois dedos de dilatação, dá um gemido e comenta (linha 123) que as “danadas” vão querer “judiar” da mãe delas ao ficar até o prazo final da gestação. A escolha do termo “danadas” para identificar as suas filhas é um tanto quanto interessante para esse momento da interação e, de certa forma, transparece o que Tânia estava sentindo em relação à gravidez e ao papel abnegado de ser mãe.

Danada é um termo geralmente empregado para qualificar uma criança ou uma pessoa que realizou alguma atividade incorreta para os padrões da sociedade; é alguém que fez uma “sapequice”, uma “arte”. Para Tânia, o fato de as bebês não quererem nascer antes da hora e, assim, livrá-la dos desconfortos da gravidez é o que justifica o uso do qualificador “danadas”.

Bernardo (linha 130) comenta que o fato de os bebês quererem ficar até o prazo é algo bom. A fala de Bernardo não é um simples comentário. É, na verdade, a primeira parte de um par adjacente avaliação-avaliação (POMERANTZ, 1984). Analisando a presente interação, situacionalmente, a segunda parte do par adjacente tem como preferência uma avaliação positiva e não negativa. Tânia se orienta para essa organização de preferência (POMERANTZ, 1984; OSTERMANN 2003; 2006) e concorda com a avaliação de Bernardo, emitindo uma resposta mínima “mhm” (linha 131). Tânia, durante a consulta médica, negocia com Bernardo a sua identidade de boa mãe, pois uma boa mãe sempre coloca o/a seu/sua

filho/a em primeiro lugar. Existe “uma relação constante entre o ser mãe e a responsabilidade exigida por esse papel” (SCAVONE, 2004, p.155).

No entanto, como é possível ver nas linhas 134 a 140, Tânia não se afilia com uma identidade de mãe abnegada, que não pode ter pena de si mesma, que só pensa no seu/sua filho/a. Ela entende o lado positivo de continuar a gestação pelo bem das suas filhas; no entanto, sente pena de si mesma e, quanto mais sofre, mais valor tem como boa mãe. Da mesma forma que Bernardo faz uso da palavra “né” para pedir algum comentário, assim Tânia o faz duas vezes (linhas 136 e 138) esperando alguma resposta ou uma afiliação por parte do médico, o que, no entanto, não acontece.

Bernardo somente se afilia com Tânia quando ela comenta que sente “vontade de chorá” (linha 140). Nesse momento, de acordo com Pomerantz (1984), Bernardo faz um “upgrade” no comentário de Tânia, pois, além de concordar com ela, incorpora no seu comentário a avaliação “coitada da mãe né” (linha 147). Depois de Tânia expressar o seu sentimento em relação à situação e, finalmente, conseguir afiliação por parte do médico, ela muda o foco da sua lamentação, a partir da linha 148. Ela comenta que, na verdade, as dores que ela tem só a deixam preocupada por causa dos bebês e não por causa dela. O que incomoda Tânia é que ela se sente impotente, pois não tem nada que possa fazer pelas filhas gêmeas. Ou seja, ela sofre, sente dor, mas é a saúde das suas filhas o que mais a preocupa. Num primeiro olhar, Tânia parece tentar desafiar e refutar a identidade de mãe abnegada, aquela que só se preocupa com seu/sua filho/a. Porém, ao longo da interação, Tânia parece não conseguir escapar dessa identidade.

As preocupações das mulheres quando engravidam envolvem muitos aspectos de suas vidas. No momento em que descobrem que estão grávidas, fazem, geralmente, algumas mudanças em seus hábitos, como tomar alguns cuidados em relação ao que comem e bebem e aos medicamentos que usam. Até mesmo são necessárias modificações no que diz respeito aos cuidados com o corpo⁵⁷ e à forma como desempenham o seu trabalho. O corpo saudável é aquele tido pela medicina como não necessitando de medicamentos nem cuidados especiais. “Claramente os corpos em mudanças das mulheres grávidas não pertencem a essa categoria de

⁵⁷ Os cuidados com o corpo referem-se às questões estéticas, como pintar os cabelos e usar determinados produtos de beleza, assim como praticar atividades físicas.

44 CÉLIA: daí eu queria sabê se::: se po:sso pintá
45 agora >como é que funciona<=
46 LISANDRO: =vou vê quanto
47 tempo tá
48 (6.0)
49 °vinte e três de fevereiro°
50 (6.0) ((tosse))
51 só e:m (.) julho (2.0) tá?
52 CÉLIA: tá=
53 LISANDRO: =°esperá até ju?lho°
54 CÉLIA: é bom passá o:s (.) primeiros [três meses]
55 LISANDRO: [três ?meses]
56 tem que passá (.) °isso° por causa dos
57 produtos quí:micos=
58 CÉLIA: =tá:=
59 LISANDRO: =tá:? (.) pra não
60 tê peri:go=
61 CÉLIA: =ã: >por exemplo assim< também
62 eu tenho muito problema de: dor de cabeça
63 eu já tinha antes ?né:
64 LISANDRO: °m°=
65 CÉLIA: =.h só que agora como engravide:i né
66 daí eu fico com- com ?me:do né de tomá
67 algum re[mé]dio
68 LISANDRO: °[tá]°
69 CÉLIA: e se tem algum remédio=
70 LISANDRO: =[te::m]
71 CÉLIA: [que eu] posso tomá=
72 LISANDRO: =eu vô deixá a recei?ta
73 CÉLIA: tá
74 (.)
75 LISANDRO: que ma:is
76 CÉLIA: e sobre: eu tenho- (.) pro:blema: (.) a- de
77 i aos pé né a- também né. ?antes eu tomava
78 chá:: >sempre essas coisa< mas agora eu
79 sempre fico com me:do né daí eu tô comendo
80 mais fru::tas essas coisas (.) mas- ma:s
81 mesmo assi:m sabe: fica de (.) uma semana
82 às vezes sabe=
83 LISANDRO: =?uma sema:na ((soa
84 surpreso)) a nã:o (.) é mu:ito. (.) vou deixá
85 >remédio também.<
86 CÉLIA: °tá°
87 LISANDRO: que ma:is
88 CÉLIA: ã: e::: sobre o: s:erviço que e:u faço. que
89 é muito importante eu perguntá
90 LISANDRO: ã::=
91 CÉLIA: =eu trabalho numa:: estética que a
92 gente trabalha com- anima:is né: >por
93 exemplo assim< eu sou este:-ticista né
94 auxiliar né
95 LISANDRO: ãhã
96 CÉLIA: daí a gente dá banho em cacho::rro, (.) faz
97 as to::sa n
98 LISANDRO: °tá:°
99 CÉLIA: se isso aí:::=

100 LISANDRO: =usa ?máscara?
 101 (.)
 102 CÉLIA: uso
 103 LISANDRO: tá:. (.) se tu usá ?máscara (.) e sempre
 104 lavá bem as mãos depo:is (.) não tem
 105 proble?ma
 106 CÉLIA: >xxxxx?x< a gente ?ouve né falá assim que o
 107 ?ga:to né: faz ?ma:l >[e que]=
 108 LISANDRO: °[si:m]°
 109 CÉLIA: =tem aq-
 110 aque:la doença do ?ga:to=
 111 LISANDRO: =toxoplasrose.
 112 (.) mas tu tem que u?sá a máscara (.)
 113 sempre.
 114 CÉLIA: ?sempre,
 115 LISANDRO: se:mpre de máasca?ra
 116 (1.0)
 117 pra nã:o
 118 (1.0)
 119 respirá aqueles pêlos (.) tá?=
 120 CÉLIA: =tá: (.) e o
 121 resto daí:
 122 LISANDRO: e lavá bem as mãos depois >sempre< que
 123 tu:::=
 124 CÉLIA: =°s:im°
 125 LISANDRO: mexê com os bichinhos
 126 (.)
 127 CÉLIA: tá
 128 (2.0)
 129 era só: [i?sso-]
 130 LISANDRO: >[aí não] tem problema tá?
 131 (1.0)

Na linha 40, o médico autoriza a paciente a fazer as perguntas que, conforme comentários anteriores ela tinha interesse em fazer, mas que, no entanto, não pôde fazer até então, já que precisou responder a algumas perguntas do médico primeiro. Dessa forma, é possível verificar que, nessa interação, é o médico quem estabelece o curso da consulta. É ele quem determina quem faz as perguntas, quando é o momento de a paciente falar, qual é a hora do exame ou o momento de mudar de tópico. É o médico quem desempenha esse papel, e a paciente não questiona ou desafia essa realidade (FISHER, 1984; MONDADA, 1998; PERÄKYLÄ, 2002).

A primeira pergunta de Célia, que inicia na linha 41, refere-se à questão de pintar o cabelo. Ela quer saber se pode continuar ou não a pintá-lo. Médico e paciente negociam quantos meses é importante esperar por causa dos produtos químicos. Após os meses negociados, ela ganha o aval médico para realizar o procedimento. Célia segue então com sua

lista de preocupações, na linha 72. Após já ter solucionado a questão das dores de cabeça com Lisandro, ela fala sobre o seu problema de prisão de ventre. Antes, ela tomava chá, porém, agora, ela sente medo de continuar tomando. Mais uma vez, a palavra “medo” é usada (linha 79) para se referir ao se auto-medicar. Anteriormente, ao falar sobre medicar-se para dores de cabeça (linha 66), Célia também faz uso da palavra “medo”. Célia, na verdade, mostra-se como alguém que necessita que lhe digam o que ela pode ou não fazer. Célia parece querer se certificar, a todo momento, de que está tomando medidas corretas para ter uma gravidez sadia e ter um/a filho/a saudável. O fato de ter feito uma lista de perguntas para a consulta demonstra que Célia pensou sobre a interação que teria com o médico e se preparou para tal. Talvez por receio de esquecer o que perguntar durante a consulta, decidiu se prevenir e escrever as suas dúvidas em um papel, a fim de não ir embora sem que nenhuma dúvida deixasse de ser esclarecida.

As preocupações de Célia não encerram por aí. Célia, na verdade, parece ter começado a expressar suas preocupações para Lisandro em uma escala de prioridades. Ela deixa sua preocupação mais importante por último e, quando a apresenta, demonstra o quanto esse questionamento é importante e deve ser levado a sério pelo médico. Na linha 82, Célia pergunta sobre o trabalho que desempenha, afirmando que “é muito importante eu perguntá”, ou seja, não é somente mais uma dúvida que ela tem, mas algo de extrema importância para ela.

O medo de Célia é que ela trabalha em uma estética de animais. Como já ouviu falar que “gato faz mal” (linha 97) e que “tem aquela doença do gato” (linha 100), Célia ficou preocupada que isso poderia fazer alguma mal para o bebê. Lisandro, ao falar de “toxoplasmose” (linha 101), traz para a discussão o termo médico da doença que preocupa Célia, diferenciando a “voz do mundo” da “voz da medicina”⁵⁸ (MAYNARD, 1991; BARRY, STEVENSON, BRITTEN, BARBER e BRADLEY, 2001).

A fim de garantir que Célia não precise sair de seu emprego só porque está grávida, Lisandro solicita que ela sempre use máscara ao lidar com os animais e que realize a higiene

⁵⁸ Maynard (1991) e Barry et al. (2001) apresentam, em seus estudos as pesquisas de Mishler e Habermas. Mishler (1984) aplicou a Teoria de Ação Comunicativa de Habermas (1984) em encontros médicos para demonstrar como a voz do mundo e a voz da medicina são usadas nas consultas médicas. A voz do mundo refere-se às experiências e aos problemas que dizem respeito ao/à paciente. Já a voz da medicina é uma voz científica para expressar ou contextualizar situações sem torná-las pessoais.

corretamente após lidar com eles. É recorrente, em muitas consultas, a conversa sobre o emprego das pacientes. Muitas demonstram preocupação com o quanto o emprego possa estar prejudicando o bebê, sendo necessário que o/a médico/a reforce que não há necessidade de largar o emprego durante a gravidez. Em outras palavras, a paciente não precisa abrir mão da sua identidade profissional por causa da identidade de mãe.

5.1.2 Quem come por dois, não pensa suficiente por ninguém

Como foi possível verificar por meio das análises das falas das pacientes nas interações anteriores, a partir do momento em que engravidam, elas se mostram preocupadas com as decisões a tomar em relação ao seu corpo e a sua vida. As grávidas parecem não ser mais donas de si e não podem mais fazer o que bem entenderem. Quando sentem dores, não podem simplesmente se medicar com qualquer remédio. Mesmo aquelas que já se tratavam por alguma doença são aconselhadas a se consultar com um especialista para verificar se podem continuar tomando determinado remédio ou não.

É inegável que a vida das mulheres muda no momento em que engravidam. Inúmeras dúvidas podem surgir ao longo do processo, e o/a médico/a é, muitas vezes, a pessoa com quem as pacientes esclarecem as dúvidas que têm. Também outras pessoas, geralmente outras mulheres que convivem com as mulheres grávidas e que, muitas vezes, já passaram por essa situação, tornam-se conselheiras e ajudantes. No entanto, é o/a médico/a quem tem a certificação, a formação para aconselhar a nova mãe e garantir a saúde do bebê (ATKINSON, 1995), e, por isso, muitas vezes é a palavra médica que constitui a palavra final. O que o/a médico/a diz acaba por ser muitas vezes lei ou o caminho a ser seguido e não uma pauta de negociação ou discordância.

Alguns/mas médicos/as mostram-se incomodados/as quando as pacientes comentam a opinião ou a sugestão que receberam de algum/a parente ou amigo/a. Dentre as recorrências, há uma passagem da interação entre Solange e Cristina em que Cristina pede para Solange algumas vitaminas para tomar.

(7) [POSTO140706SCristina]

48 CRISTINA: é:
49 (2.0)

50 que que eu ia dizê (.) e::: >eu não podia
 51 tomá uma vitamina?<
 52 (1.0)
 53 é que eu falei com a minha ?tia e:: aí eu:
 54 o nenê não tem nem um quilo ainda né?
 55 SOLANGE: mas é por causa do tempo de gravidez ?né
 56 (2.0)
 57 vai tê que tomá ferro por causa da anemia
 58 CRISTINA: °uhu:m°
 59 (2.0)
 60 daí minha tia disse pra mim pedi pra ti
 61 uma:: uma vitamina >porque ela disse que
 62 enquanto que eu não engordá o nenê não vai
 63 engordá< que eu era muito magra
 64 (3.0)
 65 SOLANGE: mas tua tia é ?médica?
 66 CRISTINA: °hum° (.) ela:: >que nem< quando ela::
 67 quando ela teve a primeira filha dela ela
 68 er- ela era nova que nem ?eu e bem
 69 ma[grinha] e ela disse que
 70 SOLANGE: [°uhu:m°]
 71 CRISTINA: ela teve que tomá: umas vita?mina
 72 SOLANGE: °uhu:m°
 73 (2.0)
 74 CRISTINA: e::: <eu também queria> sabê se eu posso
 75 tomá um remédio pra enjôo? porque eu como e
 76 vomito tudo

Cristina faz o pedido das vitaminas (linha 53) por meio de uma explicação tácita⁵⁹ marcando a relação de causa com um elemento de ligação não explicativo (GILL & MAYNARD, 2005). Dessa forma, depende do/a médico/a estabelecer conexão de causa entre sintoma e fato reportado pela paciente. As explicações tácitas não exercem no/a médico/a pressão para que ele/a responda, pois não há explicitamente nada ali a ser respondido, tratado ou avaliado. Por isso é que se depende de o médico notar alguma relação de causa no que é dito. Não constitui a primeira parte de um par adjacente. Já a atribuição explícita parece requerer alguma resposta; parece ser a primeira parte de um par, dependendo da forma como é feita. As atribuições tácitas, contudo, são geralmente fatos, crenças ou idéias levantadas pelos/as pacientes sem muita relação de causa entre os sintomas e os fatos que elas contam, e por isso, segundo (GILL & MAYNARD, 2005, p.12):

⁵⁹ As explicações (ou atribuições) tácitas são geralmente marcadas linguisticamente pelo uso do “e”, sendo essa marcação não muito freqüente. Já nas atribuições explícitas, a relação de causa é mais marcada linguisticamente pelo uso de elementos de ligação explicativa como o “porque” (SOUZA, 2006).

o paciente dá ao médico a opção de mostrar que reconheceu como sugestão, mas também dá ao médico a opção de ouvir a narrativa como simplesmente aquilo – uma narrativa de circunstâncias. O médico talvez trate relevantemente a narrativa como ‘informação’ ou ‘dato’ e proceda com as atividades de coleta de informações simplesmente acenando com a cabeça, ou indicando de outra maneira o recebimento da narrativa (Tradução de SOUZA, 2006)⁶⁰.

De acordo com a pesquisa de Souza (2006), em que se buscou investigar como os médicos⁶¹ participantes da pesquisa se orientavam às explicações das pacientes, verificou-se que os médicos parecem orientados a garantir que as pacientes tenham suas dúvidas sanadas e que não saiam do consultório insatisfeitas ou em discordância. Da mesma forma, percebeu-se que as pacientes procuram se alinhar com as explicações dos médicos e eles tentam convencê-las dos seus pontos de vista. Essa tentativa de convencimento por parte dos médicos se dá por meio de várias explicações, repetidas quando necessárias.

No entanto, Solange orienta-se às explicações de Cristina de forma diferente dos outros médicos observados por Souza (2006). Solange questiona o conhecimento de mundo da tia de Cristina (linha 65). Cristina mostra-se preocupada com o tamanho do bebê e, conversando com a tia dela, surge a opção de, quando ela for consultar novamente, pedir para médica a prescrição de vitaminas. A tia é alguém que já passou pela experiência de ser mãe, de estar grávida, e, provavelmente, também tenha convivido com alguma grávida para saber que se podem tomar vitaminas na gravidez. O que a tia sugere para Cristina não parece nenhum absurdo e, sim, demonstra esse saber que passa de geração em geração entre as mulheres. No entanto, Cristina parece constrangida ao pedir para a médica as vitaminas. Na linha 50, Cristina repete duas vezes a palavra “que”, quase como um gaguejo, e inicia a fala “que que eu ia dizê”. Quando lembra, pede pelas vitaminas, mas se justificando (linhas 51, 53 e 54). Após uma pausa de um segundo, Cristina se orienta à ausência de resposta por parte da médica sobre o seu questionamento sobre o uso de vitaminas e inicia um novo turno justificando o seu pedido. Cristina se justifica possivelmente por se orientar ao fato de estar numa situação assimétrica em relação à Solange e por acreditar que entrará em conflito com ela no que diz respeito aos “conhecimentos de mundo” e aos “conhecimentos médicos” (MAYNARD, 1991; BARRY, STEVENSON, BRITTEN, BARBER e BRADLEY, 2001).

⁶⁰ “The patient gives the doctor the option to display recognition of an upshot, but also gives the doctor the option to hear the report as simply that – a report of circumstances. The doctor may relevantly treat the report as ‘information’ or ‘data’ and proceed with information gathering activities by simply nodding, or otherwise indicating receipt of the report.”

⁶¹ Nesse momento, utilizo o termo médico no masculino, pois a médica Solange não trabalhava no posto e, portanto, não havia iniciado a sua participação na pesquisa.

Solange logo sinaliza o porquê do tamanho do bebê e não ratifica o comentário de Cristina sobre vitaminas e sobre a tia dela, mudando logo de assunto (linha 57), “vai tê que tomá ferro por causa da anemia”. Cristina, por sua vez, não parece querer desistir do assunto das vitaminas e, mais uma vez, justifica-se dizendo o porquê de tê-las pedido (linhas 60 a 63). Por fim, Solange, como representante legitimada da medicina e, portanto, com o argumento da autoridade, questiona “tua tia é médica” (linha 65). Nos próximos turnos, Cristina descreve como foi a primeira gravidez de sua tia, fazendo uso de uma grande carga morfológica, ao passo que Solange faz uso das respostas mínimas “uhum” (linhas 70 e 72) enquanto escuta Cristina. Como Solange não explora mais o assunto da gravidez da tia de Cristina, nem a necessidade de vitaminas, Cristina muda em seguida de assunto, pedindo um remédio para enjôo. Essa mudança de tópico é significativa, pois demonstra que a médica fez valer o seu conhecimento e a sua vontade. Nenhuma prescrição de vitaminas foi dada, e o conhecimento da tia e de Cristina não foi validado por Solange na interação. Foi preciso uma mudança de tópico para que essa consulta seguisse o seu curso.

Munido/a desse poder investido/a nele/a pelo certificado da formação médica e pelo papel social que exerce, o/a médico/a, muitas vezes, não valoriza o conhecimento de mundo do/a paciente ou a experiência que ele/a tem (ATKINSON, 1995). Em muitos casos, trata a paciente não como uma adulta. No caso específico de uma gestante, age como se essa paciente não mais fosse capaz de tomar decisões por si só ou até mesmo esquecesse de continuar a fazer atividades que antes fazia de forma tranqüila, como se alimentar, beber água e fazer a higiene corporal. Maldonado e Canella (1988, p.13), de forma muito pontual, posicionam-se sobre a relação médico/a - paciente e as relações de poder quando dizem que

tecnicamente falando, o vínculo médico-cliente é assimétrico – o médico é um especialista, tem competência para fazer diagnósticos e indicar a terapêutica adequada. No entanto, a noção de co-responsabilidade implica reconhecer que médico e cliente, embora tenham funções diferentes, compõem um vínculo humanamente simétrico. Logo, é inteiramente desnecessário que o médico, como pessoa, coloque-se hierarquicamente em plano superior, diminuindo e enfraquecendo a cliente com a finalidade de se engrandecer.

Na mesma consulta analisada previamente, em um momento posterior, médica e paciente conversam sobre alimentação. Solange retoma o tópico das vitaminas, porém por um outro viés. Solange explica que a paciente não precisa tomar vitaminas se ela se alimentar direito. Solange enumera vários alimentos que são importantes e ainda reforça o fato de que a

alimentação da paciente não está correta. A presença de um homem nessa consulta parece modificar a dinâmica, como é possível ver a seguir.

(8) [POSTO140706SCristina]

118 SOLANGE: e tem cuidá melhor a alimenta?ção (.) com quem
 119 que tu almoça? com quem tu come? (.) tu
 120 mesma faz a comida?
 121 (2.0)
 122 tu mesma que prepara?
 123 CRISTINA: uhum
 124 SOLANGE: (então) quando tu for comprá pra fazê o
 125 al?moço tudo aí tem que comprá essas
 126 co?isa que é impor?tante tá?
 127 CRISTINA: uhum
 128 SOLANGE: já passou na nutrição lá embaixo?
 129 CRISTINA: m m
 130 SOLANGE: tem que passá lá na nutrição
 131 CRISTINA: °tá°
 132 SOLANGE: esse aqui então é:
 133 (4.0)
 134 esse aí é o sulfato ferroso tá:?
 135 CRISTINA: uhum
 136 SOLANGE: esse aqui é o papelzinho pra falá com a
 137 nutriçã::o
 138 (4.0)
 139 HOMEM: eu só tenho que controlá só a anemia então
 140 dotora
 141 SOLANGE: anemia, o açúcar tá alto, tem que repetí
 142 exame, (.) tá bem alto o açúcar dela
 143 (4.0)
 144 tem que controlá a alimentação dela em
 145 ?casa tem que vê se: (.) se como é que ela
 146 tá fazendo essa comida ?né (.) porque não
 147 tá se:ndo: ade?quada assim né
 148 (6.0)

Solange inicia sua fala na linha 118, fazendo praticamente um interrogatório com Cristina, pois faz três perguntas seguidas quase sem intervalos entre elas. Após dois segundos de intervalo e sem que haja uma resposta por parte de Cristina, Solange segue fazendo mais uma pergunta. Solange quer saber com quem Cristina almoça e se é ela mesma quem prepara a comida. Na verdade, ela faz as duas perguntas duas vezes: “Com quem tu almoça” (linha 118) e “com quem tu come” (linha 119); e “tu mesma faz a comida” (linha 119) e “tu mesma prepara” (linha 121). Cristina, de fato, está sendo interrogada pela médica. A sua resposta para todas essas perguntas é mínima (linha 123). As perguntas realizadas por Solange são

“fechadas”, centradas na médica e não na paciente, o que possibilita que ela tenha maior controle sobre o curso da consulta.

Após a resposta de Cristina, Solange segue dando suas instruções sobre como preparar o almoço (SORJONEN, RAEVAARA, HAAKAN, TAMMI e PERÄKYLÄ, 2006). Na verdade, ela diz que Cristina tem que comprar os alimentos que são importantes para a sua alimentação. Solange assume uma identidade de médica controladora; ela supervisiona o que Cristina come e o que ela compra para preparar nas refeições. Ao mesmo tempo em que se espera que Cristina seja capaz de assumir as responsabilidades de ser mãe, Solange questiona sua capacidade de ser responsável ao tratá-la assim. A cada fala de Solange, Cristina responde com uma resposta mínima, como é possível ver nas linhas 127, 129, 131 e 135. Cristina até mesmo deixa uma terceira pessoa falar sobre a sua vida e conversar com a médica como se ela não estivesse presente na consulta.

Na linha 139, ouve-se uma voz masculina na interação. Não é possível saber a relação dessa pessoa com Cristina. No entanto, é possível perceber que é alguém que se preocupa com ela ou, pelo menos, com a criança que ela está esperando, pois a acompanhou durante a consulta. O que é relevante analisar é a sua fala direcionada diretamente à médica, questionando se o que ele tinha que controlar era somente a anemia da paciente. Nesse momento, é possível perceber a identidade de protetor e, ao mesmo tempo, controlador dessa figura masculina em relação à Cristina. No entanto, mais uma vez, Cristina não se manifesta em relação ao controle de alguém sobre a sua vida, passando a tutela para alguém que diga a ela o que fazer sobre sua vida.

Solange se orienta, valida e reforça o comentário desse homem, ao responder a sua pergunta diretamente a ele, também falando sobre Cristina em terceira pessoa, como se ela não estivesse presente na consulta ou fosse um ser sem autonomia, que precisasse ser controlado. Solange chega a dizer que “tem que controlá a alimentação dela” (linha 144), ou seja, Solange construiu Cristina como uma pessoa incapaz de se controlar sozinha ou de se cuidar sozinha, como se ela fosse uma pessoa que precisa de supervisão, assim como uma criança e, por isso ela está passando as informações para alguém que ela acredita ser mais responsável. Segundo Sbisà (1996, p.6), para muitos, “durante a gravidez, a mulher está num estado de regressão

psicológica: mais semelhante a uma criança do que a um adulto⁶². De acordo com Schiebinger (1987), essa visão de mulher infantil, que precisa ser controlada e amparada, especialmente durante a gravidez, data desde o século XIX, quando as mulheres eram vistas mais como crianças do que como adultas, o que justificava a sua falta de auto-controle.

Muitas pacientes chegam ao posto de saúde acompanhadas de algum/a familiar ou amigo/a. Nem sempre entram no consultório junto com a paciente. Algumas vezes ficam na sala de espera, enquanto a paciente realiza a sua consulta. Quando entram no consultório junto com a paciente, podem permanecer em silêncio ou participar da consulta. Quando há mais de duas pessoas na consulta, é possível observar formação de alianças e exclusões. Pacientes podem se sentir empoderadas por estarem acompanhadas, assim como podem acabar sendo excluídas caso seus ou suas acompanhantes se afilem aos/às médicos/as (MALDONADO E CANELLA, 1988).

Nas consultas obstétricas, é maior o número de pacientes que entram acompanhadas de familiares ou amigas/os. É mais comum as pacientes estarem acompanhadas por pessoas do sexo feminino. Em algumas consultas, quem as acompanha são as suas mães. A dinâmica de uma consulta obstétrica entre médico/a, paciente e mais uma terceira pessoa é mais complexa para o/a médico/a, que agora não só tem que gerenciar a consulta e dar explicações para a sua paciente, como também para quem a acompanha. Lidar com os diferentes enquadres e com a possibilidade de diferentes esquemas de conhecimento pode gerar conflitos e dificultar a interação tanto para o/a médico/a como para as outras pessoas envolvidas na consulta (TANNEN e WALLAT, 1998)⁶³.

Na interação que apresento a seguir, estão presentes a médica Solange, Laura, que é a paciente, e mais uma acompanhante. A paciente se mostra, durante toda a consulta, muito preocupada com as características do seu bebê. Desde os primeiros turnos da interação, Laura questiona se o tamanho da cabeça do bebê é normal. Solange, durante vários turnos de fala, explica para Laura o que representam as medidas da ecografia e a tranqüiliza em relação ao tamanho da cabeça. Logo em seguida, na linha 53, Laura questiona sobre o peso da criança. O excerto inicia a partir desse momento.

⁶² “During pregnancy, she is in a state of psychological regression: more like a child than an adult”.

⁶³ Ver capítulo 3 para maior discussão sobre a noção de enquadre de Goffman.

(9) [POSTO281106SLaura]

53 LAURA: =e o peso dela também
54 tá norma:l,=
55 SOLANGE: =tá:: tá ó:timo.
56 (1.0)
57 LAURA: não tá muito go:rda
58 SOLANGE: @@@@
59 ((Carla ri junto olhando para a
60 pesquisadora))
61 LAURA: @ (ai tô com medo) (.) (nascê) de quantos
62 quilos
63 SOLANGE: não tem nada de gorda aqui
64 (2.0)
65 vamo dá uma olhadinha pra vê como é que tá?
66 (8.0)
67 no mais tá tudo bem?
68 LAURA: mhm
69 CARLA: ela só não qué:: comê: [no caso xxx]
70 LAURA: [não tenho] mais
71 fo:me
72 SOLANGE: mas- tem que comê alguma coisa senão o nenê
73 vai ficá fraco ?né
74 LAURA: eu se::i agora eu tomei ba- tô tomando
75 batida e desde [ontem]=
76 SOLANGE: [mhm]
77 LAURA: =>ontem e anteontem
78 né mãe<?
79 CARLA: pois é né ma::s-
80 LAURA: (mas não tô [mais comendo])
81 SOLANGE: [tem que comê] feijã:o,
82 verdu:ra, fru:ta (.) ca:rne, o:vo,
83 (1.0)
84 le:ite,
85 LAURA: é que eu não tô::: (.) enjoa:ndo de novo to
86 com me?do
87 SOLANGE: ?é mas tem que comê alguma coisa senão o
88 nenê fica muito fraquinho

Solange recorre ao uso do termo “normal” (linha 54) para garantir que o peso do bebê está bem. Essa palavra é bastante recorrente nas consultas obstétricas e até mesmo nas ginecológicas, principalmente quando se trata de algum exame. Em uma análise de consultas pediátricas, Seger (2007) mostra que, quando um/a médico/a usa o termo “normal”, geralmente a mãe se dá por satisfeita⁶⁴. No entanto, Laura não parece ter se contentado com a categorização do peso de seu bebê como “normal”. Na linha 57, ela reformula a pergunta

⁶⁴ Karen Seger (2007) busca investigar e analisar, por meio de interações entre médicas e mães com seu/a filho/a recém-nascido/a em consultas pediátricas, como se dá a construção e a negociação do conceito de normalidade. Esse conceito, de acordo com o estudo realizado constrói-se, para muitos autores, a partir da oposição entre o que é normal e o que é patológico e entre o que é saudável e o que é doente.

sobre o peso do seu bebê, dessa vez levando a médica e sua acompanhante ao riso (linhas 58 e 59). Laura ri demonstrando alinhamento com a médica e com Carla. Não rir seria problemático, um sinal de não alinhamento e, ao mesmo tempo, a distanciaria de suas interagentes (HAAKANA, 2002; PIZZINI, 1991). O seu riso pode ser caracterizado como um riso nervoso, desconcertante, e não um riso de quem achou engraçado o que disse, pois Laura expressa pela primeira vez, na linha 61, o seu medo em relação ao tamanho do seu bebê e ao momento do nascimento.

Solange não ratifica o comentário de Laura sobre o medo que sente e reitera mais uma vez, na linha 63, que não há nada de gordo em relação ao bebê. Solange, ao questionar Laura se estava tudo bem (linha 67), dá oportunidade para Laura falar sobre qualquer assunto que achasse necessário. Laura opta por uma resposta mínima, “mhm” (linha 68), afirmando que está tudo bem. Se Laura estivesse sozinha na consulta, o próximo seria provavelmente um convite à mesa de exames; no entanto, Laura está acompanhada de sua mãe, Carla, que opta por exprimir um comentário a partir da pergunta de Solange.

Carla comenta, na linha 69, que Laura “só não qué comê no caso”. Alimentação inadequada durante a gravidez pode representar um risco para a criança que está sendo gerada. Com esse enunciado, Carla faz uma acusação sobre o comportamento de Laura para Solange e, ao mesmo tempo, trata-a como uma criança “irresponsável”, pois está “dedurando” o seu comportamento para a médica. Carla trata Laura como criança e, antes mesmo que Carla termine seu turno de fala, Laura começa a se explicar da acusação. Laura justifica-se dizendo não ter mais fome e, por isso, não tem mais comida. No entanto, Solange argumenta que Laura tem que se alimentar por causa da saúde do bebê. Solange busca mostrar para Laura que suas atitudes têm conseqüências para o bebê, ao apelar para o “bom senso” de mãe. Laura, mais uma vez defendendo-se de uma acusação, concorda no que diz respeito ao cuidado com a saúde do bebê e muda um pouco a sua história, contando que há três dias está tomando umas batidas (linha 75).

Para mostrar que não está mentindo, Laura pede que sua mãe confirme a sua história para a médica e, de certa forma, a defenda nesse momento delicado. A paciente pede esse

apoio através do uso do vocativo⁶⁵ “mãe”, evocando a identidade da sua acompanhante e todo o significado que essa identidade tem. De acordo com Ostermann (2000, p.179),

[t]ermos de parentesco (ex. irmã, pai), nomes próprios (ex. Maria, Fernanda), títulos (ex. doutor/a, Presidente) e outros tipos de honoríficos (ex. madame, senhor), assim como termos de ‘carinho’ (ex. querida/o, amado/a, amor) são alguns dos substantivos que podem ter a função de *vocativo*. Vocativos são essencialmente diferentes de pronomes no sentido em que vocativos não são ‘sintática ou semanticamente incorporados como argumentos de um predicado’ (LEVINSON, 1983, 1971). Ao contrário, eles são elementos *opcionais* e se posicionam separadamente do resto do enunciado do qual eles podem emergir. Como Stephen Levinson aponta, vocativos são categorias gramaticais interessantes e, no entanto, têm sido negligenciados como tópico de pesquisa.

O apoio que Laura busca de sua mãe é bastante importante nesse momento da interação, ela quer que sua mãe corrobore com o seu relato, a defenda nessa situação. No entanto, a mãe da Laura não a apóia suficientemente, pois, na linha 79, Carla termina a sua fala com o uso de um “mas” alongado, uma conjunção que sinaliza contraste e oposição. Mais uma vez, Laura se encontra na posição de alguém que precisa justificar o seu comportamento e, dessa vez, ao invés de modificar sua fala, ela reitera o primeiro comentário de sua mãe, dizendo que não está mais comendo, na linha 80.

Solange, então, a partir da linha 81, fornece uma lista de alimentos que Laura precisa comer para que o bebê não fique “muito fraquinho” (linha 88). Novamente, Solange apela para a identidade de mãe de Laura, dessa vez fazendo uso do intensificador “muito” para falar sobre as conseqüências de suas atitudes e de um diminutivo para sensibilizar. Solange não comenta sobre Laura ter anemia, ficar fraca ou doente, mas sim sobre o quanto o fato de ela não se alimentar bem pode afetar a criança que ela gera. Solange parece estar tentando sensibilizar Laura por meio de sua fala e, assim, atingir a identidade de mãe responsável, convencendo, dessa forma, Laura a se alimentar corretamente. No entanto, Laura comenta, mais uma vez, que está “com medo” (linha 85). Ela não especifica o medo nem Solange demonstra interesse em descobrir mais sobre esse sentimento que Laura expressa, visto que não ratifica a fala de Laura e sim continua a comentar sobre a importância da alimentação nos

⁶⁵ “Kinship-terms (e.g. sister, dad), proper names (e.g. Maria, Fernanda), titles (e.g. doctor, President), and other types of terms of address (e.g. ma’am, sir), as well as ‘endearment’ terms (e.g. dear, sweetheart, love) are some of the nouns which can function as *vocatives*. Vocatives are essentially different from pronouns in the sense that vocatives are not ‘syntactically or semantically incorporated as the arguments of a predicate’ (LEVINSON, 1983, 1971). Instead, they are *optional* elements and stand prosodically separate from the rest of the utterance where they emerge (id.). As Stephen Levinson points out, vocatives are an interesting grammatical category, and yet have been somewhat neglected as a research topic”.

turnos que seguem. Enquanto o comentário de Carla é considerado importante por Solange, tendo inclusive gerado diversos turnos de fala, o de Laura não é ratificado por nenhuma das interagentes na consulta. Isso é um indicativo do quanto Laura é desautorizada como uma pessoa responsável, adulta e capaz, tanto pela sua mãe quanto pela médica.

Laura, assim como as outras pacientes das consultas obstétricas, negocia sua identidade situacionalmente com os/as médicos/as e com a pessoa que a acompanha durante as consultas. A identidade de mãe abnegada, que coloca a saúde de seu/sua filho/a em primeiro lugar, é recorrente em muitas consultas, assim como a incerteza em relação à capacidade de ser responsável da paciente grávida. Em alguns momentos, as futuras mães são chamadas a assumir suas obrigações e papéis de mães enquanto, em outros momentos, são tratadas como crianças, sendo aconselhadas a ter um acompanhamento mais sistemático e supervisões de terceiros/as. No entanto, momentos de negação da identidade de mãe ou o reconhecimento de identidades outras além de mãe, que também são constituintes dessas pacientes, não se fez recorrente nessas consultas.

5.2 CONSULTAS GINECOLÓGICAS–O SER MULHER HETEROSSEXUAL

5.2.1 “Tu tá te cuidando direitinho?”

As pacientes que procuram o atendimento ginecológico o fazem em diferentes momentos de suas vidas, algumas vezes, quando estão sentindo algum desconforto ou enfrentando algum problema, quando precisam realizar algum exame de rotina ou quando no período de puerpério. Enquanto a paciente está grávida, ela não mais consulta o/a especialista em ginecologia, mas sim o/a obstetra (que, na maioria dos casos, possui a formação também em ginecologia), e é ele/a quem supostamente se encarrega de cuidar dos aspectos da vida da mulher como ser integral e não somente como uma pessoa que está grávida.

O Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípio e Diretrizes do Ministério da Saúde (2004) discute a importância de se tratar a mulher como um ser integral, com direitos a serem cumpridos em relação a saúde e sexualidade e não somente em relação a reprodução e doenças. Maldonado e Canella (1988, p.117) alertam para questão da dicotomização da mulher nas consultas ginecológicas e obstétricas. “A cliente é uma pessoa,

um todo; a consulta em ginecologia e em obstetrícia não deve dicotomizar esse todo. Trata-se da cliente e não o seu mioma, trata-se da mulher grávida e não o seu edema”.

Nas análises que seguem, proponho olhar como é construída a identidade das pacientes nas consultas ginecológicas. Muitas conversas nas consultas ginecológicas que envolvem pacientes em puerpério giram em torno do tópico de ter ou não mais filhos/as. Na verdade, o que os/as médicos/as procuram saber é se a paciente está se “cuidando direitinho” para não engravidar novamente, visto que ela ainda tem um/a filho/a pequeno/a para cuidar e, em alguns casos, outros ainda. Contudo, a pergunta sobre estar se “cuidando direitinho” não está limitada a mulheres no puerpério, mas aplica-se a praticamente todas as pacientes. Isso leva a crer que essa pergunta seja constitutiva da rotina da anamnese, ao mesmo tempo em que deixa clara a visão heteronormativa dos/as médicos/as sobre as opções amorosas e sexuais das pacientes.

O/a médico/a quer saber, na verdade, quais são os métodos contraceptivos que a paciente está usando para evitar a gravidez⁶⁶. Observa-se, contudo, que o “se cuidar direitinho” está totalmente relacionado ao evitar ter filhos/as e não ao se proteger contra doenças sexualmente transmissíveis. As pacientes demonstram se alinhar a essa pergunta e ao sentido que essa pergunta tem, explicando como se cuidam e, em alguns casos, expressando um comentário sobre seu temor em relação a ter mais filhos/as.

Na interação que apresento a seguir, a paciente Andressa, que tinha ganhado uma menina havia três meses, está retornando às consultas ginecológicas. Andressa, já no início do atendimento, comenta com o médico uma preocupação com um caroço que sentiu no seio durante a gravidez. Além disso, também relata que sofre de depressão. O médico mostra-se atento às falas de Andressa, por meio de alguns comentários que faz, como as expressões “uhum” e “certo”, e ao fazer anotações na ficha da paciente. O médico pergunta então algumas questões relacionadas ao parto e ao nascimento do bebê, assim como à maneira que

⁶⁶ É possível conseguir gratuitamente cartelas de anticoncepcionais orais através do SUS. Além dos anticoncepcionais orais, as pacientes têm as opções das injeções mensais e trimestrais que são aplicadas no próprio posto. No entanto, é obrigatório que as mulheres primeiro realizem uma consulta médica. Apesar de parecer ser um controle sobre a vida das mulheres, a obtenção do anticoncepcional (oral ou injetável) somente após a consulta com um/a médico/a foi uma luta de anos das feministas. Agradeço à Professora Dra. Beatriz Fontana e à Professora Dra. Stela Meneghel por compartilharem essa visão comigo. É um direito das mulheres e um dever dos/as médicos/as garantir que as mulheres estejam tomando o anticoncepcional mais indicado para sua faixa etária e condições de saúde. A prescrição é válida por um ano, e, no posto de saúde pesquisado, estão disponíveis três tipos diferentes de anticoncepcionais orais, além das injeções mensais e trimestrais.

Andressa está seguindo a sua vida desde o nascimento da criança. O excerto a seguir inicia a partir do momento em que o médico anota algumas informações sobre o parto.

(10) [POSTO020506LANDRESSA]

32 LISANDRO: =vamo anotando. e- então tu teve parto
 33 normal ou cesa?riana
 34 ANDRESSA: parto normal
 35 LISANDRO: faz três meses
 36 ANDRESSA: três meses ela tem (.) deixei xxx
 37 LISANDRO: tá. deu de mamar um mês
 38 ANDRESSA: ahã
 39 (5.0) ((médico está escrevendo))
 40 LISANDRO: certo (1.0) não tá menstruando
 41 ANDRESSA: não já veio [a minha menstuação]
 42 LISANDRO: [já veio]=
 43 ANDRESSA: =já veio
 44 LISANDRO: iniciou algum anticoncepção?
 45 ANDRESSA: não (.) nenhum
 46 (4.0)
 47 LISANDRO: e com- tá te cuidando direitinho
 48 ANDRESSA: ahã
 49 (3.0)
 50 LISANDRO: só camisinha?
 51 ANDRESSA: só camisinha (3.0) o me:do né de
 52 engravidá de [novo]((fala rindo))
 53 LISANDRO: [a::] a[gora já são três]
 54 ANDRESSA: [e: a- eu ia fazê]
 55 laqueadura né- (.) é eu ia fazê mas (.)
 56 ele não tava aí (.) tava no espírito
 57 santo
 58 LISANDRO: são três meses já tá: já tem que se
 59 cuidá bem né
 60 ANDRESSA: é:::
 61 LISANDRO: então gravidez teve quantas?
 62 ANDRESSA: três meninas

Os primeiros questionamentos de Lisandro são sobre o parto (linha 32) e sobre a amamentação (linha 37). Ele quer saber o tipo de parto realizado e confirmar se ela amamentou a criança durante um mês. O médico se orienta ao comentário da paciente sobre não estar mais amamentando e formula (HERITAGE e WATSON, 1980; HUTCHBY, 2005) uma asserção na linha 40: “não tá menstruando”. Como a formulação do médico não é correta, a paciente a rejeita, respondendo “não já veio a minha menstuação” (linha 41).

Formulação é um fenômeno descrito por Garfinkel e Sacks (1970) que vem sendo utilizado em diversos estudos (HERITAGE & WATSON, 1980; HUTCHBY, 2005). De acordo com Garfinkel e Sacks (1970), a formulação acontece quando

um membro pode tratar alguma parte da conversa como uma ocasião para descrever aquela conversa, para explicá-la, ou caracterizá-la, ou esclarecê-la, ou traduzi-la, ou resumi-la, ou resgatar o seu sentido, ou atentar se está de acordo com as regras, ou comentar sobre sua saída das regras. Isto é, um membro pode usar alguma parte da conversa como uma ocasião para *formular* a conversa (tradução de SILVA, 2006)⁶⁷.

Assim que a questão sobre a menstruação é resolvida, um novo tópico passa a ser discutido. O fato de a paciente já estar menstruando possibilita que ela engravide novamente, caso esteja mantendo relações sexuais com algum homem. O médico então questiona Andressa se ela já havia iniciado algum anticoncepcional. Com a resposta negativa dela, e com mais uma pausa de quatro segundos (linha 46) sem que ela se justifique, Lisandro a questiona com a típica pergunta: “e com- tá te cuidando direitinho” (linha 47). Andressa, por sua vez, opta por dar uma resposta mínima que, no entanto, não é considerada suficientemente esclarecedora, pois Lisandro questiona se ela está usando “só camisinha” (linha 50). Por fim, Andressa responde de forma mais elaborada, explicando que só tem relações com camisinhas, pois tem medo de engravidar de novo. É possível perceber que médico e paciente se orientam para significados diferentes para a pergunta “só camisinha”. Lisandro quer saber se o único método anticoncepcional que ela usa é a camisinha, enquanto Andressa entendeu que ele pergunta se ela *sempre* usa camisinha (em todas as relações). Andressa afirma que só faz com camisinha, pois tem medo e fala sobre o medo ao mesmo tempo em que ri. O seu riso parece ser do tipo nervoso; ela está com “medo de engravidá de novo” (linha 52) e, por isso, apesar de não estar tomando nenhum anticoncepcional, está usando camisinha.

Andressa, além de fazer uso da palavra “medo” ao se referir a engravidar novamente, dá outros indícios de que não quer ser mãe mais uma vez. Ela comenta que tinha o objetivo de realizar a laqueadura, porém o médico com quem iria realizar o procedimento não estava no estado no dia do parto e, por isso, o procedimento não se deu. Andressa demonstra estar se “cuidando direitinho” para não engravidar por descuido, e o médico reafirma que com três meses “já tem que se cuidá bem” (linha 58). Andressa sabe exatamente o que o médico quer

⁶⁷ “A member may treat some part of the conversation as an occasion to describe that conversation, to explain it, or characterize it, or explicate, or translate, or summarize, or furnish the gist of it, or take note of its accordance with rules, or remark on its departure from rules. That is to say, a member may use some part of the conversation as an occasion to *formulate* the conversation”.

dizer quando ele conversa com ela sobre o “se cuidar”. Ela não se orienta para o outro sentido do “se cuidar bem”; o sentido de se cuidar para não contrair alguma doença sexualmente transmissível, que se relaciona com a identidade de mulher de Andressa. Ela não se confunde com a fala do médico, assim como não é estimulada a continuar usando camisinha para prevenir doenças mesmo que inicie o uso de um anticoncepcional. Quando Lisandro quer saber como ela está se cuidando para evitar uma gravidez (e evitar a identidade de mãe), a responsabilidade de prevenção foi colocada nela total e exclusivamente, pois ele partiu do pressuposto de que ela estaria tomando algum comprimido.

O termo anticoncepcional não necessariamente se refere à pílula. Esse termo é usado muitas vezes pelos/as médicos/as dessas consultas como um substituto para método contraceptivo. No entanto, as pacientes se orientam para a relação que existe entre anticoncepcional e pílula. Os/as médicos/as, em nenhum momento, corrigem essa assunção. Nesse caso apresentado, apesar de Lisandro usar o termo anticoncepcional, e não pílula, Andressa se orienta para o significado “pílula”, pois a sua resposta foi negativa. Somente depois médico e paciente discutem sobre o outro método, no caso, camisinha. Como é possível ver, a responsabilidade ainda é maior sobre a mulher (ROHDEN, 2001). Ainda é esperado que ela se cuide para não engravidar, embora, nesse caso, seja possível ver a responsabilidade sendo compartilhada entre Andressa e o marido dela, mesmo que essa responsabilidade não seja prevista ou considerada pelo médico.

Na fala de Lisandro, é papel da mulher preocupar-se com a contracepção. No momento em que a mulher já é capaz de engravidar, já é tomado como dado que ela vá iniciar algum método anticoncepcional, embora se conheçam os muitos malefícios para o corpo e para a saúde. Segundo Dorosz (1992, apud SCAVONE, 2004, p.76),

cabe lembrar que o uso das pílulas pode ser perigoso à saúde das mulheres e que os riscos que lhe são associados não devem ser omitidos: contraceptivos combinados e seqüenciais estão classificados no grupo 1 da lista dos produtos cancerígenos Iarc-Who (1987), havendo evidências para câncer de seio e de colo do útero. Em contrapartida, costuma-se superestimar o fato de que os contraceptivos orais protegeriam as mulheres do câncer ovariano e endométrico. Acidentes cardiovasculares, cérebro-vasculares, trombo-embólicos, hepáticos são associados ao uso das pílulas contraceptivas.

Ocorre, na verdade, uma naturalização do uso da pílula no discurso médico. Em dados de pesquisa sobre o uso de contraceptivos, a pílula aparece em primeiro lugar nas opções de uso, principalmente por não ser um método definitivo ou caro (ROHDEN, 2001; SCAVONE, 2004). Inclusive pacientes que ainda não iniciaram a vida sexual já são alertadas sobre a importância do uso da pílula para se evitar uma gravidez indesejada. Em uma pesquisa realizada nos postos de saúde do município de Araraquara, em São Paulo, em 1991, descobriu-se que “56,5% das pacientes começaram a usar pílula por indicação médica, enquanto 43,5% por indicações diversas, até mesmo por auto-indicação” (SCAVONE, 2004).

No próximo excerto, apresento uma interação entre o médico Lisandro e a paciente Cibele. O motivo principal da consulta era mostrar o resultado de um exame que a paciente tinha realizado. Esse exame foi feito em função de umas manchas amarelas que surgiram na roupa íntima da paciente. Logo no início da consulta, Lisandro questiona Cibele sobre o motivo da consulta e se as manchas ainda continuavam. Também quer saber se outros sintomas, como coceira, tinham aparecido. O excerto inicia a partir do momento em que Lisandro pergunta se a menstruação dela está vindo regularmente. A fim de otimizar os aspectos a serem analisados dessa interação, omiti algumas linhas, sinalizadas no excerto.

(11) [POSTO060606LCibele]

32 LISANDRO: vamos ver.
 33 (1.0)
 34 >menstruação vem direitinho?<
 35 CIBELE: a: vem desregulada >(às vezes)< é pra vim
 36 dia vinte vem dia dezesseis (.) be:m:
 37 LISANDRO: vê:m adiantando um pouquinho
 38 CIBELE: é
 39 LISANDRO: mas num mês ve::m toda a vez.
 40 CIBELE: v[em]
 41 LISANDRO: [uma] vez por mês.
 42 CIBELE: sim cinco dias
 43 LISANDRO: tá.
 44 (4.0)
 45 não usa nenhum anticoncepcional ainda.=
 46 CIBELE: =nã::o
 47 (6.0) ((lisandro anota))

 ((linhas omitidas))

 69 LISANDRO: e tu já tem relação?
 70 CIBELE: ?não ?não
 71 (11.0) ((lisandro olha o exame))

72 LISANDRO: ?olha o exame deu bom. ?tá:: não deu
73 nenhuma infecçã:o, ou alguma coisa que
74 pudesse tá causando (.) algum problema.
75 (.) ?certo (.) mas tu tem notado assim que
76 ainda continua saindo >secreção
77 a[mare]lla?<
78 CIBELE: [mhm]
79 (4.0) ((lisandro escreve))
80 LISANDRO: entã:o nós vamos dar um comprimido pra ti
81 tomá. tá. (.) um antibiótico pra- (.) pra
82 combatê essa secreção.
83 (10.0)
84 não te::m ã:- não tá com namorA:do agora
85 algu:m=
86 CIBELE: =nã:o [não tenho]=
87 LISANDRO: [nada?]
88 CIBELE: =°nada não°
89 LISANDRO: então assim ó (.) tem que vê- QUANdo- antes
90 de tê relação sexual, tem que iniciá o
91 anticoncepcional. (.) tá?
92 CIBELE: mh[m]
93 LISANDRO: [nã]o dá pra- (.) arriscá. (.) senão pode
94 ficá grávida já desde o início. tá? (.)
95 então é importante que agora- a hora que tu
96 tivé um namora::do, que for tê relação
97 sexu?al, que tu inicie o anticoncepcional.
98 >certo?< importantíssi[mo]
99 CIBELE: [não] vai demorá ainda
100 LISANDRO: não aí cada um que sabe né mas: o
101 importante É tê
102 essa idéia que- se?nã:o vai dá problemas
103 (("vai dá problemas" é enunciado de forma um pouco
104 "cantada"))
105 CIBELE: @@@((boca fechada))

Cibele comenta com Lisandro que a sua menstruação é desregulada, e ele logo a questiona sobre o uso de algum anticoncepcional (linha 45). A resposta de Cibele sobre o uso de anticoncepcionais é negativa e vem colada à fala do médico. O fato de a paciente não tomar nenhum anticoncepcional não é esquecido ou deixado de lado pelo médico. É uma informação médica relevante e, na verdade, guia as próximas perguntas da anamnese.

Lisandro se orienta para as informações apresentadas por Cibele e segue os questionamentos sobre a vida sexual dela, a fim de construir mais completamente sua identidade como paciente, mulher e reprodutora e, assim, evitar que ela engravide tão cedo, de acordo com os padrões da nossa cultura. Ao ser questionada se já mantém relações sexuais, Cibele responde sem hesitação ou pausa, negando duas vezes “não, não” (linha 70). Cibele parece querer garantir que, de forma alguma, está tendo relação ao optar por repetir a palavra

“não” duas vezes, considerando que, se a usasse apenas uma vez, já seria suficiente para prover uma resposta.

Nos próximos turnos, Lisandro analisa os exames de Cibele e avisa a paciente de um comprimido que lhe dará para combater a secreção. Logo em seguida questiona se ela “não tem, ou não tá com namorado agora” (linha 84). A resposta de Cibele vem colada à pergunta de Lisandro e mais uma vez é negativa. Lisandro não se mostra satisfeito com essa resposta, pois, mais uma vez, questiona Cibele (linha 87) se ela não tem “nada”, e ela novamente se vê na posição de ter que negar: na sua vida não tem “nada não” (linha 88). Lisandro, ao perguntar se ela não tem “nada”, demonstra se orientar para a realidade do mundo atual, em que, muitas vezes, as pessoas encontram-se envolvidas com outras pessoas sem, no entanto, caracterizar esse envolvimento como namoro e nomear essa pessoa como namorado ou namorada. Lisandro possibilita que Cibele sinta-se à vontade para comentar sobre um “ficante”, um caso passageiro, sem que, necessariamente, seja um namorado.

A partir do momento em que está estabelecida a situação de Cibele (paciente que não toma anticoncepcional e que não tem relações heterossexuais), o médico procura conversar com ela sobre algumas decisões que ela precisa tomar futuramente. Na linha 89, Lisandro a adverte que “antes de tê relação sexual, tem que iniciá o anticoncepcional”⁶⁸. Cibele, na linha 92, produz uma resposta mínima, “mhm” (HUTCHBY E WOOFFITT, 1998), e Lisandro continua a sua fala sobre os riscos de logo ficar grávida desde a primeira relação. Lisandro reforça que é “importantíssimo” (linha 98) que, quando ela tiver um namorado e decidir ter relação sexual, inicie o anticoncepcional.

Lisandro está, ao mesmo tempo, fazendo três suposições: ele está se orientando para o fato de que a iniciação sexual (e toda a orientação sexual de Cibele) vai se dar por meio de uma relação heterossexual, que essa relação vai ser com um namorado e não com uma pessoa qualquer e que também será planejada, dando tempo para que ela inicie o uso da pílula antes. No entanto, as três suposições podem não condizer com a identidade de Cibele. O próprio fato de Cibele negar tão veemente que tenha namorado, ou “nada” mesmo, pode significar que ela não tenha e talvez nunca terá uma relação heterossexual. Porém, ao tratar de anticoncepcional com Cibele, Lisandro se orienta para a assunção heteronormativa de relações sexuais e para o

⁶⁸ É importante perceber que nesse momento, “o” anticoncepcional que Lisandro se refere é, na verdade, a pílula e não um método contraceptivo qualquer.

papel reprodutivo de Cibele como mulher. Além disso, em relação ao uso da pílula, é preciso estar tomando a pílula durante um mês antes de ter relação para que ela comece a fazer efeito e, muitas vezes, as relações sexuais não são planejadas. Necessariamente, Cibele não teria como se planejar para iniciar um anticoncepcional antes da sua primeira relação sexual. Portanto, ao invés de indicar o uso somente do anticoncepcional, Lisandro deveria também indicar o uso do preservativo, não apenas por questões de segurança para evitar a gravidez, mas também para prevenir o contágio por doenças sexualmente transmissíveis.

Antes mesmo que Lisandro termine sua fala, Cibele declara que “vai demorar ainda” (linha 99) para ela ter relação sexual. Reiteradamente, Cibele constrói uma identidade de “boa moça”, de alguém que não pretende fazer “nada” ainda (ou pelo menos não com um homem e, portanto, não precisa de pílula). No entanto, Lisandro não se orienta para julgamentos de certo ou errado, de idade ideal ou não para a primeira relação sexual. Ele parece, por fim, orientar-se para como Cibele se mostra na consulta em relação à vida sexual e que identidade negocia com o médico e comenta que essa é uma decisão pessoal de cada pessoa. Para ele, não importa quando a primeira vez de Cibele acontecerá ou que idade ela terá, contanto que ela garanta que estará segura, tomando anticoncepcional para não engravidar indesejadamente.

É importante, para esta pesquisa, lembrar que muitas pacientes procuram o posto em busca da esterilização. De acordo com a lei de planejamento familiar de nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, antes de realizar a esterilização, é preciso que os homens e as mulheres interessados no procedimento, com idades acima de 25 anos e dois filhos/as vivos/as passem por algumas etapas, como consultas com algum/a médico/a, palestras explicativas sobre métodos contraceptivos e consultas com psicólogos/as para obter o atestado de sanidade mental. O/a paciente deve estar informado/a sobre os riscos e benefícios, e o/a parceiro tem de estar de acordo com essa decisão (SCAVONE, 2004; ROHDEN, 2001). Depois de já ter conversado uma primeira vez com o/a médico/a e já ter ganhado o aval do/a psicólogo/a, a paciente então retorna para uma última consulta ginecológica para combinar os detalhes finais do procedimento. Nessa consulta, médico/a e paciente conversam sobre dia da cirurgia, alergias que a paciente possa ter a algum medicamento e encaminhamentos de alguns exames pré-operatórios.

Elisa é uma paciente interessada em realizar a esterilização. Na consulta, Eduardo a encaminha para realizar os exames pré-operatórios. Ela já ganhou o aval do/a psicólogo/a e, portanto, está liberada para realizar a cirurgia. Assim que os exames ficassem prontos, o médico marcaria a cirurgia e até a realização do procedimento o casal precisaria cuidar para não engravidar. No início da consulta, logo nos turnos iniciais, Eduardo questiona Elisa sobre como ela está se prevenindo para não engravidar. O excerto que segue é a partir desse momento.

(12) [POSTO230506EElisa1]

11 EDUARDO: como é que tu está te cuidando pra não
 12 engravi?dá:
 13 ELISA: preservativo?
 14 EDUARDO: direitinho?
 15 ELISA: si::m (.)°preservativo sim°
 16 EDUARDO: acho ?bom [quan]do=
 17 ELISA: [@@@]
 18 EDUARDO: =é que foi tua última
 19 menstruação?
 20 ELISA: .hh °di:a vi:nte: vinte xx xx°

Como é possível verificar na linha 11, Eduardo pergunta como Elisa se cuida para não engravidar. Ela prontamente responde que está fazendo uso do preservativo (linha 13). Eduardo, no entanto, não se contenta com a resposta de Elisa e pergunta, dessa vez fazendo uso de uma palavra no diminutivo, se ela está usando “direitinho” esse método (linha 14). A partir da resposta afirmativa de Elisa, Eduardo emite um comentário avaliativo (linha 16) sobre a conduta da paciente. Elisa não questiona o comentário do médico e, por sua vez, ri, sem, no entanto, ter um alinhamento por parte dele na risada. Elisa ri sozinha, o que é característico em muitas das consultas médicas analisadas e de consultas em geral. Embora as pacientes se alinhem aos/às médicos/as quando eles/as riem, os/as médicos/as nem sempre se alinham às pacientes quando são elas quem iniciam o riso nas consultas (HAAKANA, 2002; PIZZINI, 1991). Elisa pode estar rindo da própria situação em que se encontra, afinal de contas, ela tem 36 anos e está sendo tratada como uma criança. Ela pode estar rindo da sua condição e do fato de ter ouvido um “acho bom” de alguém que não necessariamente tem o direito de julgar suas atitudes.

O fato de Eduardo questionar Elisa sobre ela estar usando a camisinha “direitinho” levanta a questão da assunção cultural do mal uso da camisinha e do número de gravidezes

acidentais ocorridas por esse mal uso. O que então leva a essa naturalização da pergunta sobre a camisinha? Parece ser mais um momento de demonstração da incapacidade da paciente em desempenhar um papel correto, sensato e adulto. Novamente entra em jogo o controle sobre o corpo feminino. É preciso refletir também sobre o local da pesquisa e o público a quem essa pergunta é direcionada. Parece que os/as médicos/as procuram fazer das consultas momentos de ensino, aproveitando situações como essa para educar as pacientes. O objetivo em si é de extrema importância; no entanto, é necessário problematizar a maneira como essa “aula” acontece.

Na mesma consulta, porém mais ao final da interação, Eduardo retoma o assunto da camisinha e o cuidado para evitar a gravidez. Após ter tratado com Elisa todos os aspectos referentes aos exames e ao procedimento de esterilização especificamente (SORJONEN, 2006), Eduardo demonstra sentir necessidade de retomar o tópico da contracepção.

(13) [POSTO230506EElisa1]

91 EDUARDO: tá:? (.) entrega ali pras meninas, continuá
 92 usando c-camisi:nha [aí] não vá fazê::
 93 bobagem
 94 ELISA: [sim]
 95 EDUARDO: agora no fina=
 96 ELISA: =nã:o tantos anos já [(usando
 97 camisinha)]
 98 EDUARDO: [É:::]
 99 então xx. continue usando ?daí tá guria?
 100 ELISA: então tá dout[or]

Eduardo pede que Elisa continue usando camisinha e que cuide para não fazer “bobagem” (linha 93) agora que está no final, perto de fazer o procedimento. Pede que ela continue se cuidando para que não perca a chance de realizar a esterilização. Elisa, em uma fala colada à de Eduardo, mais uma vez explica que, há muitos anos, usa camisinha então não há porque se preocupar. Eduardo novamente reforça a importância do uso da camisinha, até que, por fim, Elisa responde com um “então tá doutor” (linha 100), orientando-se para papel desempenhado por ele a partir da escolha do vocativo “doutor”. O “então tá” pode ter sido usado na tentativa de dar por terminada a discussão, pois é muitas vezes usado quando queremos dar por encerrada uma interação ou até mesmo para aceitar que não conseguimos vencer a batalha, que desistimos de lutar. Após o comentário de Elisa, Eduardo muda o tópico da consulta para um exame pré-operatório que ela precisa ainda fazer.

O estar se “cuidando direitinho” significa estar se cuidando para evitar uma gravidez. Pode ser a primeira, a segunda ou a última gravidez. Pode ser que a paciente já seja mãe ou esteja em busca de um procedimento que a permita escapar dessa alternativa. Porém, quando os/as médicos/as conversam com as pacientes sobre o “se cuidar direitinho”, eles/as estão interessados em saber como elas estão se prevenindo de uma gravidez indesejada. O cuidado com o corpo da mulher para o qual se orientam é o cuidado com a contracepção e não com doenças sexualmente transmissíveis. E aquelas pacientes que optam por fazer uso do preservativo não são encorajadas a manter esse uso, mas sim questionadas a respeito de fazerem uso correto, além de a elas ser oferecido o uso do anticoncepcional como uma alternativa (até mais segura). O preservativo só é usado como uma opção quando a mulher não se adaptou aos outros métodos ou quando está amamentando e, portanto, não pode usar a pílula “normal” por causa do bebê. Nesse caso, a saúde do bebê é colocada em primeiro lugar, como já discuti amplamente na primeira parte deste capítulo.

5.2.2 “Conversa com o marido” - Quando o homem é chamado a participar

Enquanto em algumas consultas obstétricas as pacientes vêm acompanhadas de familiares ou de seus parceiros, nas consultas ginecológicas as pacientes costumam estar sozinhas. No entanto, em muitos momentos da consulta, médicos/as buscam trazer para a discussão as opiniões e os papéis desempenhados pelos familiares e parceiros nas relações que elas mantêm com a paciente. Em alguns casos, os/s médicos/as procuram negociar com as pacientes os papéis que essas pessoas precisam desempenhar na relação.

Como já discuti na seção anterior, algumas pacientes retornam a consultar com o/a ginecologista logo após o parto. Algumas vezes já não estão mais amamentando, em outras continuam a amamentar e, por isso, é preciso levar em consideração essa informação ao tomar algumas decisões em relação a medicamentos e procedimentos. Quando a mulher está amamentando, não é aconselhável que ela inicie o uso de pílula anticoncepcional “normal”, pois ela pode diminuir a produção de leite⁶⁹. Portanto, se ela está tendo relações sexuais, é necessário que ela faça uso da camisinha para evitar uma nova gravidez. No entanto, essa

⁶⁹ De acordo com o Dr. Marcus Renato de Carvalho, professor de Puericultura da UFRJ e coordenador do site www.aleitamento.com (acessado em 23/10) A mulher pode fazer uso da pílula anticoncepcional durante a amamentação, desde que seja a mini-pílula (que só contém progestágeno sem estrogênio), visto que a "pílula normal" reduz a quantidade de leite materno. No posto pesquisado, embora exista à disposição a mini-pílula, em nenhuma das consultas obstétricas e ginecológicas gravada, foi discutido com as pacientes a possibilidade do uso dela.

negociação do uso da camisinha, embora muitas vezes faça sentido para a paciente e para o/a médico/a em função da saúde do bebê, nem sempre parece ser tão clara para o parceiro da paciente. As mulheres demonstram, em suas falas, que vão precisar negociar com seus parceiros o uso da camisinha. Elas dão indícios de que essa negociação provavelmente não será fácil e, em alguns casos, ainda tentam conseguir com o/a médico/a uma receita da pílula anticoncepcional para não ter que lidar com a situação.

Na consulta de Morgana, é possível analisar o papel que ela assume em relação à contracepção e como é, para ela, ter que negociar com o marido o uso, por mais alguns meses, da camisinha. O excerto a seguir ocorre bem no início da consulta e parte do momento em que Eduardo questiona Morgana sobre o método que ela utiliza.

(14) [POSTO230506EMorgana]

9 EDUARDO: tá usando algum ?método
 10 (1.0)
 11 MORGANA: °camisinha°
 12 EDUARDO: camisi?nha (.) direi?tinho?
 13 MORGANA: ãhã ele- não eu @@ [@ @ @]
 14 EDUARDO: [ué mas] é pro ca?sal=
 15 MORGANA: =(h)si(h)m(h) @ [@ @ @]
 16 EDUARDO: [quan]do é que foi tua
 17 última menstruação?

Morgana está consultando com Eduardo para realizar a esterilização. Ela tem 32 anos e 5 filhos. Na consulta, ela vem acompanhada do seu bebê de quatro meses. Na linha 9, Eduardo pergunta a Morgana se ela usa algum método contraceptivo. Essa pergunta é muito importante, pois, se ela engravidar, não conseguirá fazer a cirurgia e terá feito, nas palavras do médico, uma “grande bobagem”. Morgana sinaliza a Eduardo, na linha 11, em volume de voz baixo, que está usando camisinha. Mais uma vez, Eduardo assume uma postura fiscalizadora, ao solicitar confirmação se Morgana está usando “camisinha direitinho”⁷⁰ (linha 12). A paciente então confirma, com o uso do “ahã” (linha 13), mas diz que quem está usando camisinha é o marido e não ela, ou seja, ele está se “cuidando direitinho” na visão dela. Após esse comentário, Morgana ri de sua fala sobre o uso da camisinha, pois de fato quem tem

⁷⁰ Chamo atenção para o fato de haver uma micropausa entre a palavra ‘camisinha’ e ‘direitinho’. Suponho que, nesse momento, haja uma troca de olhares entre médico e paciente. É um momento de fiscalização e, como uma confirmação só não parece ser suficiente para o médico, ele parece precisar estar olhando para a paciente enquanto ela responde à pergunta para confirmar, por meio de indícios corporais, a veracidade da fala dela.

pênis e usa camisinha é o seu marido. No entanto, Eduardo não se afilia ao convite para rir junto e ainda exprime o comentário de que a camisinha é “para o casal” (linha 14). Ou seja, serve para evitar contraceção, e ela também se beneficia desse uso. Morgana concorda com a fala do médico e ri novamente sem que obtenha a afiliação do médico, que segue o curso da consulta e a questiona sobre outro tópico.

Após alguns turnos de fala e negociações sobre internação e exames, Morgana questiona quanto tempo em média leva para conseguir a liberação do exame. Percebendo que existe uma questão problemática para Morgana, visto que ela segue a questionar sobre a possibilidade de iniciar o uso da pílula, Eduardo explora o assunto da camisinha, como é possível analisar a seguir.

(15) [POSTO230506EMorgana]

52 MORGANA: não demora muito (.) depois que eu trouxe
 53 os exame.
 54 EDUARDO: não
 55 (4.0)
 56 MORGANA: tem um prazo °assim° dois mês, um mês,
 57 dias?
 58 (3.0)
 59 EDUARDO: ã::: (.)no máximo um mês
 60 MORGANA: °um mês° mais um mês ainda
 61 EDUARDO: ã?
 62 MORGANA: mais um mês então?
 63 EDUARDO: u?é só usá a camisinha direi?tinho
 64 MORGANA: °(sim)°
 65 EDUARDO: °(glico- em jejum)°
 66 (10.0) ((eduardo escreve a requisição))
 67 MORGANA: e:: enquanto eu espero não tem como o
 68 senhor me receitá um xx um
 69 anticoncepcional?
 70 (2.0)
 71 EDUARDO: mas é que tu tá amamenta:ndo [daí né:] (.)
 72 xx eu sei que
 73 MORGANA: [°xx xx°]
 74 EDUARDO: não é muito agradável usá: camisinha né:
 75 .hh ma:::s é prum bem [é prum bem] conversá
 76 (.) conversá
 77 MORGANA: [°sim xxx°]
 78 EDUARDO: com o mari:do que aí não diminui o teu
 79 leite també:m
 80 (1.0)
 81 pen- pensa na: (.) se fosse por mu:ito
 82 tempo até: tudo bem ?né mas como é por
 83 pouco ?tempo,

84 MORGANA: °tã°
 85 (1.0)
 86 EDUARDO: conversa com o marido lá explica que ?é:
 87 (2.0) ((ele entrega um papel pra ela))
 88 MORGANA: [O carimbo tem que í lá embaixo?]
 89 EDUARDO: [é necessidade] ?não ali com as gurias (.)
 90 isso aqui tu vai entregá pra elas tam?bém
 91 (18.0) ((eduardo escreve outra requisição))
 92 normalmente a gente faz nos sábados de
 93 ma?nhã

A partir do momento em que Morgana questiona sobre o tempo que leva para a liberação da cirurgia (linhas 52, 56, 60 e 62), Eduardo se orienta para a relevância da questão do tempo de espera para Morgana. Apesar de um mês ser um tempo relativamente curto de espera para conseguir a realização da cirurgia, ainda mais considerando o número de pacientes que procuram a ligadura, para Morgana, esperar mais um mês é problemático. Na linha 60, ela chega a repetir para si mesma duas vezes, em volume de voz mais baixo, “um mês, mais um mês ainda”, como se quisesse se conformar com a sua situação. Eduardo então comenta que é “só usá a camisinha direitinho” (linha 63). Eduardo assume que a questão problemática do tempo de espera da cirurgia está diretamente relacionada com o fato de ter que continuar usando camisinha. Em nenhum momento Morgana exprime um comentário que desse esse indício para Eduardo; no entanto, é dessa forma que ele compreende o desconforto de Morgana. A paciente, por sua vez, não caracteriza como errônea a assunção do médico, não se justifica de outra maneira, mas sim ratifica a fala do médico com o seu “sim” em volume de voz baixo, na linha 64.

Morgana, na linha 67, questiona Eduardo se não seria possível, enquanto espera a cirurgia, iniciar o uso de algum anticoncepcional. Eduardo parece se sensibilizar com a situação de Morgana, pois inicia sua fala dizendo que ele “sabe que não é muito agradável usá camisinha” (linha 72), mas que, no entanto, é para um bem. Essa sensibilização converge na proposta de uma prática médica mais humanizada (CAPRARA, 1999). Além disso, Eduardo evoca a identidade de mãe de Morgana, lembrando-a de que ela está amamentando ainda. Tomar um anticoncepcional implica na diminuição da produção de leite e, conseqüentemente prejudica o bebê. Ele pede que ela converse com o marido, e explique que, por ser por pouco tempo, essa situação é, de certa forma, compreensível.

Nesse momento da consulta, apesar de o marido de Morgana não estar presente, Eduardo negocia a identidade dele com a paciente e também o papel dele como pai

responsável por esse bebê que Morgana ainda está amamentando. Ele conversa com Morgana a fim de dar subsídios a ela para que ela possa negociar em casa a continuidade do uso da camisinha antes da cirurgia. No entanto, em nenhuma fala de Morgana, ela expressa o desgosto de seu marido pelo uso do contraceptivo, porém o médico pressupõe que ele seja o problema que gira em torno do uso da camisinha e desenvolve a sua problematização a partir desse pressuposto. Eduardo constrói a identidade do marido de Morgana como a de um homem que não gosta de usar camisinha e que precisa ser convencido da sua importância. Ao fazer isso, Eduardo ratifica a idéia de que homens não gostam de usar camisinha, pois pressupõe que a pessoa incomodada com a camisinha é o marido de Morgana, quando quem poderia não gostar da camisinha é a própria Morgana. Ao final desse assunto, Morgana aparenta concordar com o médico por meio da expressão “tá” em volume de voz baixo (linha 84). No entanto, não é possível garantir que ela se sinta segura para argumentar com o marido ou satisfeita com o desfecho da situação ou que ao menos concorde com ou discorde do que foi dito. O volume de voz baixo e a resposta mínima podem ser indícios de insegurança e desconforto.

A seguir, em uma nova consulta, apresento como o médico Lisandro conversa com a paciente Tereza sobre a importância de ela prevenir a contracepção e a necessidade de ela negociar com o marido o uso da camisinha. Tereza foi consultar com Lisandro para fazer o exame do pré-câncer. Contudo, no dia da consulta, estava menstruada e, portanto, não pôde realizar o exame. Lisandro e Tereza então conversam sobre a menstruação da paciente e o uso do anticoncepcional oral. Durante a conversa, Lisandro fica a par do mal uso da pílula pela paciente e os efeitos colaterais causados, como forte dor de cabeça durante os dias da pausa. Lisandro solicita dois exames, dentre eles a ecografia transvaginal e um exame de sangue para verificar a dosagem de hormônios. A fim de realizar esses exames, a paciente precisa cessar o uso da pílula anticoncepcional. O excerto que segue inicia no momento em que Tereza esclarece a sua dúvida em relação ao não-uso da pílula.

(16) [POSTO060606LTereza]

178 TERESA: tá:
 179 (15.0)
 180 >não tem perigo de engravidá sem tomá
 181 comprimido?<
 182 LISANDRO: tu va:i te cuidá: ?né:
 183 (3.0)

184 >quero fazê xx do preservati:vo. usa
 185 preservativo esse mês.<
 186 (.)
 187 não conse:gue se cuidá, aí tu tem que me
 188 dizê
 189 (.)
 190 TERESA: °nã::: é: meio difí:cil né:°=
 191 LISANDRO: =por que que é
 192 difí:cil.=
 193 TERESA: =°va:mo tentá:: [né:]°
 194 LISANDRO: [ã:°?]
 195 TERESA: °(nã::o.) é que o meu marido não go::sta
 196 né: [de usá]°
 197 LISANDRO: [mas] isso é pra tua saúde
 198 TERESA: °si:m. eu se:i°
 199 (1.0)
 200 LISANDRO: se tu: (.) ficá ruim de saú:de tu acha que
 201 ele vai se importá depo:is,
 202 (2.0)
 203 não né:
 204 (2.0)
 205 entã:o (.) tu tem que te cuidá: (.) >(né)<
 206 (1.0)
 207 o marido tem que compreendê i:sso também
 208 né: (.) >quantos anos tem o marido,<
 209 TERESA: tem tri:nta
 210 LISANDRO: pois é:
 211 (1.0)
 212 não é mais nenhum guri: né::=
 213 TERESA: =°ãhã° (.) >é:
 214 mas a mentalidade dele é de guri:<=
 215 LISANDRO: =é::,
 216 ((barulho de carimbo))
 217 (.)
 218 TERESA: trinta anos só de ida:de (@)
 219 LISANDRO: >que que nós vamos fazer, é a única ?forma<
 220 (1.0)
 221 tá::?
 222 TERESA: °(tá bo:m) [xx]°
 223 LISANDRO: [(ago:ra)] (.) ã- >tem que fazê
 224 o exame depois a gente dá o outro
 225 remedi:nho< (.) tá:
 226 TERESA: °(então tá:)=
 227 LISANDRO: =ce::rto?=
 228 TERESA: =°mhm. (.) brigada°

Tereza se mostra preocupada com “o perigo” de engravidar enquanto não toma a pílula. Lisandro se orienta à fala de Tereza e a conclama a se mobilizar para que isso não aconteça, ao afirmar “tu vai te cuidá né” (linha 182). O fato de ele terminar a sua fala com o uso da partícula “né” caracteriza-se como um convite para que Tereza se posicione em relação ao seu comentário (SSJ, 1974). No entanto, Tereza não se pronuncia e, após uma pausa de três

segundos (linha 183), Lisandro reitera que ela precisa usar preservativo durante o mês de pausa da pílula para que ela não engravide.

Lisandro, orientando-se ao fato de Tereza não ter se pronunciado até então, emite mais um comentário considerando a possibilidade de Tereza ser incapaz de se cuidar, ao afirmar “não consegue se cuidá, aí tu tem que me dizê” (linha 187). Lisandro parte do pressuposto de que Tereza ou o marido de Tereza (na opinião dele) não esteja se garantindo em ter que se cuidar, quando, na verdade, nenhum indício lingüístico dessa incapacidade foi dado pela paciente. A única pergunta feita por ela foi sobre o perigo de engravidar sem o uso do comprimido. A pergunta de Lisandro, no entanto, é ambígua, pois não é direcionada especificamente à Tereza. Lisandro não usa nenhum vocativo, e o sujeito do enunciado não está claro, podendo ser tanto “tu” quanto “ele” pela conjugação do verbo.

Na linha 190, Tereza, em volume de voz baixo, confirma que é “meio difícil” usar preservativo e, em uma fala colada à da paciente, Lisandro questiona o porquê dessa dificuldade. Tereza precisa explicar sua avaliação e o faz em uma fala também colada à do médico, mais uma vez em volume de voz baixo, dizendo que “vamo tentá” (linha 193). Tereza não dá nenhuma garantia para o médico, pois faz uso do verbo “tentar”, ou seja, ela não pode confirmar que conseguirá usar sempre camisinha ou negociar o uso com o marido; ela deixa vago como será o seu comportamento. Na verdade, ela só pode falar sobre si, pois não tem como falar pelo marido. Lisandro, na linha 194, exprime uma interjeição “ã” com entonação ascendente, e Tereza, orientando-se à fala do médico, formula sua fala anterior, explicando que o motivo de não garantir o uso (e sim tentar) é o fato de o marido dela não gosta de usar camisinha (linha 195).

Tereza concorda com Lisandro na linha 198, dizendo que sabe que é importante usar camisinha para a saúde dela. Ela faz esse comentário em volume de voz baixo, mais uma vez se mostrando orientada para o discurso médico (CONRAD, 1992; PERÄKYLÄ, 2002). Lisandro, a partir da linha 200, inicia um discurso disciplinador que muito se assemelha ao discurso de um/a professor/a. Com o comentário “se tu ficá ruim de saúde tu acha que ele vai se importá depois” (linha 201), Lisandro faz assunções sobre o relacionamento de Tereza e sobre a identidade do marido dela, construindo-o como alguém que talvez não se importe com ela. Lisandro, por meio de uma pausa de dois segundos (linha 202), oportuniza um momento de resposta de Tereza, que, no entanto, permanece em silêncio, ouvindo o que o médico tem a

dizer. Lisandro segue em uma fala praticamente retórica, afirmando que o marido de Tereza não irá se importar caso ela fique doente depois. Essa é mais uma assunção do médico em relação ao comportamento e identidade do marido de Tereza. Ela, no entanto, se ausenta de defender seu marido, não fazendo uso de mais uma pausa de dois segundos (linha 204) para tomar o turno para si.

Lisandro segue a sua fala disciplinadora afirmando que “então tu tem que te cuidá né” (linha 205), advogando que marido tem que ser compreensivo. Ele finaliza a sua fala questionando a idade do marido de Tereza. Lisandro, depois de tentar disciplinar Tereza, aumenta o seu escopo disciplinador em busca do marido. Quando Tereza verbaliza que seu marido tem trinta anos (linha 209), Lisandro mostra-se satisfeito, pois exprime um comentário fazendo uso da expressão “pois é” (linha 210). Segue comentando que o marido “não é mais nenhum guri né” (linha 212) e, portanto, que deveria concordar com essa decisão sensata do médico. No entanto, Tereza só concorda em parte com Lisandro. Ela inicia sua fala demonstrando estar orientada à fala do médico ao exprimir a interjeição “ahã” (linha 213), porém, logo em seguida, faz uso da conjunção adversativa “mas” (linha 214) e esclarece que o seu marido, embora tenha trinta anos, tem mentalidade de guri. Lisandro, orientado à fala de Tereza, encerra o assunto ao afirmar “que que nós vamos fazer, é a única forma” (linha 219). Nesse momento, Lisandro deixa claro para Tereza que não há uma outra opção a não ser essa proposta por ele. Na linha 221, Lisandro confirma com Tereza se ela está de acordo por meio do uso do “tá”, e ela concorda em volume de voz baixo, demonstrando ter acatado a decisão do médico.

Nas consultas ginecológicas, as pacientes não negociam as suas identidades com os/as médicos/as nas interações. Ao mesmo tempo em que é esperado que elas assumam uma posição firme em relação aos seus parceiros, que tenham uma voz ativa nas relações pessoais e que negociem com eles o que é melhor para elas, durante as consultas, elas apenas escutam o que lhes é dito e seguidamente precisam explicar seus comportamentos para os/as médicos/as. Da mesma forma, os seus parceiros são construídos como homens que rejeitam o uso da camisinha, que precisam ser convencidos do que é melhor e que, acima de tudo, são pessoas que não pensam no que é melhor para a paciente. As identidades desses parceiros são construídas pelos médicos e também pelas pacientes, embora eles não estejam presentes nas consultas e não possam negociá-las, negá-las ou refutá-las.

Acima de tudo, as pacientes dessas consultas analisadas são construídas como mulheres heterossexuais, que precisam se cuidar para não engravidar novamente, para não se tornarem mães mais uma vez. São mulheres com parceiros homens, que muitas vezes já foram iniciadas no uso das pílulas anticoncepcionais e que têm dificuldades de negociar o uso da camisinha quando esse uso se torna um tópico problematizado na consulta pelos/as médicos/as. A identidade de mulher é, muitas vezes, colocada em segundo plano quando elas são mães. Essa identidade de mãe é, mais uma vez, evocada pelos/as médicos/as em algumas negociações, principalmente quando é preciso chamá-las à responsabilidade e à benevolência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa analisou como as identidades que emergem nas consultas obstétricas e ginecológicas são interacionalmente negociadas por médicos/as e pacientes. De acordo com Bucholtz e Hall (2003), as diferentes identidades que nos constituem como sujeitos são desempenhadas e negociadas por meio da fala, e aquelas que se tornam mais relevantes em um determinado momento são as que se destacam na interação.

Considerando o local da presente pesquisa, algumas identidades se destacaram e se tornaram relevantes de ser analisadas em cada tipo de consulta, ao passo que algumas identidades dos/as interagentes ficaram em segundo plano. No capítulo *As Consultas Médicas*, destaquei as identidades *mãe* e *mulher heterossexual*. A identidade de mãe destacou-se no subcapítulo sobre consultas obstétricas e a de mulher heterossexual, no subcapítulo sobre consultas ginecológicas.

A identidade de mãe, como se pode ver nas diferentes interações apresentadas no capítulo analítico, é negociada pelos/as médicos/as e pelas pacientes durante vários momentos da consulta obstétrica. O papel de mãe responsável pela criança que está gerando está bastante presente no discurso médico. Essa identidade é negociada por meio das falas sobre alimentação correta, hábitos mais saudáveis (como parar de fumar), assim como outras opções que colocam o bem estar do bebê em primeiro lugar. O/a médico/a, em muito desses momentos de negociação, aproveita a oportunidade para educar as pacientes.

Em princípio, poderia considerar-se louvável a atitude desses/as médicos/as que procuram, durante o tempo das consultas (que duram em média 7 minutos)⁷¹, também educar suas pacientes. No entanto, foi possível perceber que nesses momentos em que assumem uma identidade de autoridade, os/as médicos/as, por vezes, acabam por infantilizar as pacientes. Falam com elas como se fossem crianças, utilizando inúmeras vezes o diminutivo e freqüentemente subestimando sua capacidade de se comportar como adultas. Questionam o que comem, como preparam a comida, quantas vezes comem por dia, ou, como no Excerto 8, na consulta de Cristina, falam da paciente em terceira pessoa, como se ela nem mesmo

⁷¹ O tempo médio das consultas obstétricas é de 7 minutos e o tempo das consultas varia de 4 a 18 minutos.

estivesse presente na consulta, lembrando muito o funcionamento das consultas pediátricas, em que a mãe ou a/o responsável fala com o/a médico/a em nome da criança.

Em diversas ocasiões, o/a médico/a desconsidera a sugestão ou “conhecimento de mundo” da paciente, validando somente o conhecimento médico, como se viu, por exemplo, na consulta de Cristina no Excerto 7. É o/a médico/a quem tem o poder, a sabedoria e o discernimento para decidir entre o que é certo ou errado. Nesse sentido, Rosas (2004, p.48) esclarece que

o símbolo da medicina – o caduceu – é um bastão envolvido por duas cobras. As duas cobras simbolizam o poder duplo do medicamento: o poder curativo do remédio e o poder mortal do veneno. A diferença está justamente na dose. E o cajado, ao qual as cobras se submetem, simboliza o poder do saber médico, o poder de quem sabe usar do “veneno” (químico, físico, traumático-cirúrgico, etc.) na dose exata que o transforma em remédio.

Em muitos momentos as pacientes são infantilizadas de forma mais subliminar. Na verdade, o que dizem não é ratificado pelos/as médicos ou não é considerado como relevante. Enquanto as pessoas que estão presentes com a paciente nas consultas obstétricas têm seus turnos de fala ratificados pelos/as médicos/as e se mostram influentes no curso que a consulta toma, àquilo que é dito pelas pacientes não é dado prosseguimento. Isso é possível de ser analisado no caso do Excerto 9, entre Laura, sua mãe e a médica Solange. O comentário feito pela mãe da paciente sobre a alimentação inadequada da filha é o que gera diversos turnos, enquanto que o “medo” expresso duas vezes pela paciente não é explorado pela médica.

É importante problematizar que enquanto a identidade de mãe está saliente nas consultas obstétricas, a identidade de mulher parece, por vezes, escapar da visão dos/as interagentes. A mulher, por estar grávida, tem sua identidade reduzida ao papel de “incubadora”. Ela não é questionada, por exemplo, sobre “estar se cuidando direitinho”, o que é uma pergunta bastante característica das consultas ginecológicas, ainda que, como discutido anteriormente, seja uma pergunta reduzida à questão da contracepção. Contudo, além de grávidas e de membras da comunidade de prática de mães, ou futuras mães, (WENGER, 1998), as pacientes das consultas obstétricas são também mulheres com vida sexualmente ativa e, por isso, deveriam também estar se prevenindo contra DSTs. No entanto, a pergunta sobre esse cuidado não é característica dessas consultas.

O “estar se cuidando” nas consultas ginecológicas é um ponto-chave na negociação das identidades. É o momento em que se nega o ser mãe, ou o ser mãe novamente. É nas consultas ginecológicas que a identidade de mulher sexualmente ativa é mais visível, embora frequentemente essa identidade esteja em negociação com as outras que constituem a paciente, principalmente a identidade de mãe. Ou seja, a identidade de mãe é trazida à tona na interação como uma identidade a ser negada ou evitada, iconicamente representado pelo médico Eduardo, ao dizer para a paciente Elisa, “não vá fazê bobagem”, no Excerto 13.

O que está em negociação nas consultas ginecológicas é a identidade heterossexual da mulher, pois, quando se questiona se ela está se cuidando para não engravidar, pressupõe-se que ela esteja envolvida em uma relação heterossexual. Ao mesmo tempo, ao passo que o/a médico/a estimula uma paciente a iniciar o uso de pílula anticoncepcional (embora ela seja virgem), ele/a se mostra orientado/a para a heteronormatividade das relações, denunciando o que considera como certo ou errado, normal ou anormal, comum ou incomum. Também, é possível perceber a normalização do discurso médico a respeito das pílulas anticoncepcionais, embora se conheçam os riscos e efeitos colaterais dessas. Além disso, a responsabilidade da contracepção nas relações heterossexuais ainda recai, muitas vezes, sobre a mulher e não sobre seu parceiro. Karen Giffin (1991, p.198) é crítica ao afirmar que

a tendência mundial ao aumento do uso dos meios modernos de contracepção, se (na melhor das hipóteses) permite à mulher um exercício da sexualidade sem o resultado inevitável da gravidez, tem trazido conseqüências negativas e pouco estudadas sobre a saúde, aumentou sua dependência do sistema médico, e não favoreceu uma maior igualdade ao nível das responsabilidades dos gêneros para com a prole.

As assunções médicas, assim como as identidades construídas pelos/as médicas a respeito das pacientes, não foram refutadas ou negociadas por elas, em nenhum dos dois tipos de consultas. Apesar dos avanços em busca da humanização da saúde e do conhecimento disponível que muitos/as pacientes têm hoje em dia sobre saúde, medicamentos e tratamentos, em revistas e websites, as pacientes neste estudo não se orientaram para a opção de negociar, refutar ou negar as identidades que lhe foram atribuídas pelos/as médicos/as. Manteve-se a assimetria entre médicos/as e pacientes, seja em relação ao conhecimento, seja em relação a direitos e deveres em termos de papéis interacionais.

Ao perceber como as identidades são fragmentadas e negociadas nas consultas obstétricas e ginecológicas por meio da fala, compreende-se a importância dos estudos

interdisciplinares entre fala-em-interação e saúde. Estudos como este podem contribuir para uma maior interface entre essas áreas, assim como auxiliar em uma maior compreensão do que se dá durante as consultas, oportunizando reflexões a partir das análises.

A fala-em-interação é a moeda com a qual as pessoas negociam suas identidades. Por não serem acabadas, as identidades só ganham existência através da fala e através da ratificação do/a outro/a, o que justifica a importância de estudos que atentem para esse aspecto tão mundano, mas, ao mesmo tempo, fundador da realidade social. A interface dos estudos da fala-em-interação com a saúde pode contribuir muito para que se (re)pense práticas médicas que assumem a heteronormatividade como “natural” e que não contemplam as múltiplas possibilidades identitárias que estão postas a cada evento interacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATKINSON, Paul. *Medical Talk and Medical Work*. London: Sage Publications, 1995.

ATKINSON, Maxwell; HERITAGE, John (Org.) *Structures of Social Action*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes* Brasília, DF, 2004.

BRASIL. SENADO FEDERAL: Subsecretaria de Informações. *Planejamento Familiar*. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996.

BARRY, Christine, A.; STEVENSON, Fiona, A.; BRITTEN, Nicky; BARBER, Nick; BRADLEY, Colin, P. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science and Medicine*. v. 53, p.487-505, 2001.

_____. Multiples realities in a study of medical consultations. *Qualitative Health Research*, v.12(8), p.1093-1111, 2002.

BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

_____. *A economia das trocas simbólicas*. 5.ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.

BUCHOLTZ, Mary; LIANG, A. C.; SUTTON, Laurel A. (Eds) *Reinventing Identities: The Gendered Self in Discourse*. New York: Oxford University Press, 1999.

_____; HALL, Kira. Language and Identity. In: DURANTI, Alessandro (ed). *A companion to Linguistic Anthropology*. Oxford: Basil Blackwell. p.368-394, 2003.

_____; HALL, Kira. Identity and interaction: a sociocultural linguistic approach. *Discourse Studies*. London, v.7, n.4-5, p.585-614, 2005.

BUTLER, Judith. *Gender Trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge, 1990.

_____. *Bodies that matter: On the discursive limits of "sex"*. New York: Routledge, 1993.

CAPRARA, Andréa; FRANCO, Anamélia Lins. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.15(3), p.647-654, 1999.

CARVALHO, Marcus Renato de. *Mães – Amamentar não é um bicho de sete cabeças!*. Disponível em http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=3&id_artigo=228&id_subcategoria=4. Acessado em 23 out. 2007.

CLARK, Herbert H. *O uso da linguagem*. In: Cadernos de tradução, Porto Alegre, n.9, p.1-72, jan./mar. 2000.

CONRAD, Peter. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, v.18, p.209-232, 1992.

DANTAS, Maria T. L. Identidade e Discurso: Análise de Narrativas de uma paciente psiquiátrica. In: PEREIRA, Maria das Graças Dias (Org). *Palavra*. Rio de Janeiro: Editora Trarepa, n.8, 2002.

_____. Diferentes construções do "eu" em narrativas sobre loucura e arte. In: RIBEIRO, Branca T.; LIMA, Cristina C.; DANTAS, Maria T. L. (Org). *Narrativa, Identidade e Clínica*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

DOSSIÊS Redesaúde. *Saúde da mulher e direitos reprodutivos*. São Paulo, 2001.

DREW, Paul; CHATWIN, John; COLLINS, Sarah. Conversation analysis: a method for research into interactions between patients and health-care professionals. *Health Expectations*, Blackwell Science Ltda, v.4, p.58-70, 2001.

_____; HERITAGE, John (Orgs). *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

ECKERT, Penelope; McCONNELL-GINET, Sally. Think Practically and Look Locally: Language and Gender as Community-Based Practice. *Annual Review of Anthropology*, Nova York, v.21, p.461-490, 1992.

_____; McCONNELL-GINET, Sally. *Language and Gender*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

ELWYN, Glyn. Arriving at the postmodern medical consultation. *European Journal of General Practice*, v.10, p.93-96, 2004.

EHRENREICH, Barbara; ENGLISH, Deirdre. *Witches, Midwives, and Nurses. A History of Women Healers*. New York: The Feminist Press, 1973.

FABRÍCIO, Branca Falabella. Mulheres Emocionalmente Descontroladas: Identidades Generificadas Na Mídia Contemporânea. *DELTA*, v.20, n.2, p.235-263, 2004.

FETTERMAN, David M. *Ethnography step by step*. London: Sage, 1998.

FISHER, Sue. Doctor-patient communication: a social and micro-political performance. *Sociology of Health and Illness*, v.6(1), p.1-29, 1984.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

GALASINSKI, Dariusz; ZIÓLKOWSKA, Justyna. Gender and the Gynecological Examination: women's Identities in Doctor's Narratives. *Qualitative Health Research*, v.17(4), p.477- 488, 2007.

GARFINKEL, Harold. *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1967.

_____; SACKS, Harvey. On formal structures of practical actions. In: J. C. McKinney, E. A. Teryakian (Eds): *Theoretical Sociology*, New York, p.338-366, 1970.

GIFFIN, Karen M. Nosso Corpo nos Pertence: A Dialética do Biológico e do Social *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: v.7(2), p.190-200, abr./jun. 1991.

GILL, Virginia Teas; MAYNARD, Douglas W. Explaining illness: patients' proposals and doctors' responses. In: HERITAGE, John; MAYNARD, Douglas W. *Communication in Medical Care: interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press, p.115-150, 2005.

GOODWIN, Marjorie H. Constructing Opposition within Girl's Games. In: BUCHOLTZ, Mary; LIANG, A. C.; SUTTON, Laurel A. (Eds) *Reinventing Identities: The Gendered Self in Discourse*. New York: Oxford University Press, 1999.

_____. *He-Said-She-Said: Talk as Social Organization among Black Children*. Bloomington: Indiana University Press, 1990.

GOFFMAN, Erving. On Face-Work: an Analysis of Ritual Elements in Social Interaction. In: JAWORSKI, Adam; COUPLAND, Nikolas. *The Discourse Reader*. London: Routledge, 1999.

_____. *Frame Analysis: an Essay on the Organization of Experience*. New York: Harper and Row, 1974.

GUMPERZ, John. *Convenções de Contextualização*. In: RIBEIRO, Branca Telles; GARCEZ, Pedro M. (Org). *Sociolinguística Interacional*. Porto Alegre: AGE, 1998.

HAAKANA, Markku. Laughter in medical interaction: From quantification to analysis, and back. *Journal of Sociolinguistics*, n.6(2), p.207-235, 2002.

HENSLIM, James M.; BIGGS, Mae A. Dramaturgical Desexualization: The Sociology of the Vaginal Examination In: _____. *Studies in the Sociology of Sex*. Appleton-Century-Crofts, 1971.

HERITAGE, John; MAYNARD, Douglas W. Problems and Prospects in the Study of Physician-Patient Interaction: 30 Years of Research. *Annual Reviews of Sociology*, n.32, p.351-374, 2006.

_____; WATSON, Rod. Aspects of the properties of formulations in natural conversations: some instances analyzed. *Semiotica*, v.30, p.245-262, 1980.

HUTCHBY, Ian; WOUFFITT, Robin. *Conversation Analysis*. Cambridge: Polity Press, 1998.

_____. Active listening: Formulations and the elicitation of feelings-talk in child counselling. *Research on Language and Social Interaction*, v.38, n.3, p.303-329, 2005.

KING, Kendall A.; MELZI, Gigliana. Intimacy, imitation and language learning: Spanish diminutives in mother-child conversation. *First Language*, n.24(2), p.241-261, 2004.

LABOV, William. *Language in the Inner City: Studies in Black English Vernacular*. Philadelphia: University of Philadelphia Press, 1972.

LAVE, Jean; WENGER, Etienne. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

LEVINSON, Stephen C. *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.

MAKRI-TSILIPAKOU, Marianthi. Greek diminutive use problematized: gender, culture and common sense. *Discourse & Society*, n.14(6), p.699-726, 2003.

MAGALHÃES, Izabel. *Eu e tu: a constituição do sujeito no discurso médico*. Brasília: Thesaurus, 2000.

MALDONADO, Maria Tereza; CANELLA, Paulo. *A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia*. São Paulo: Roca, 1988.

MAY, Carl. The Clinical Encounter and the Problem of Context. *Sociology*, v.41(1), p.29-45, 2007.

MAYNARD, Douglas W. Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse. *The American Journal of Sociology*, v.97(2), p.448- 495, 1991.

_____; HERITAGE, John. Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication *Medical Education*. v.39, p.428-435, 2005.

MELZI, Gigliana; KING, Kendall A. Spanish diminutives in mother-child conversations. *Journal of Child Language*, n.30, p.281-304, 2003.

MISHLER, Elliot. G. *The Discourse of Medicine*. The dialectics of medical interviews. Norwood, NJ: Ablex, 1984.

MONDADA, Lorenza. Therapy Interactions: Specific Genre Or “Blow Up” Version Of Ordinary Conversational Practices? *Pragmatics*, v.8(2), p.155-165, 1998.

OSTERMANN, Ana Cristina. Projeto de Pesquisa ‘*Gênero, violência e sexualidade: uma investigação sociolinguística interacional dos atendimentos à saúde da mulher*’, 2005 (Projeto CNPq, Unisinos).

_____. *Reifying and Defying Sisterhood: Communities of Practice at Work at an All-Female Police Station and a Feminist Crisis Intervention Center in Brazil*. University of Michigan, USA, 2000.

_____. Communities of Practice at Work: Gender, Facework and the Power of Habitus at an All-Female Police Station and a Feminist Crisis Intervention Center in Brazil. *Discourse & Society*, v.14, n.4, p.473-505, 2003.

_____. Comunidades de prática: Gênero, trabalho e face. In: HEBERLE, Viviane M.; OSTERMANN, Ana Cristina; FIGUEIREDO, Débora de Carvalho (Org.). *Linguagem e gênero no trabalho, na mídia e em outros contextos*. Florianópolis: Editora da UFSC, p.15-47, 2006.

PERÄKYLÄ, Anssi. *AIDS counselling: institutional and clinical practice*. Cambridge University Press, 1995.

_____. Agency and Authority: Extended Responses to Diagnostic Statements in Primary Care Encounters. *Research and Social Interaction*. v.35(2), p.219-247, 2002.

_____; VEHVILÄINEN, Sanna. Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge. *Discourse & Society*, London, v.14(6), p.727-750, 2003.

_____. Authority and Accountability: The Delivery of Diagnosis in Primary Health Care. *Social Psychology Quarterly*, v.61(4), p.301-320, 1998.

PIZZINI, Franca. Communication hierarchies in humour: gender differences in the obstetrical/ gynecological setting. *Discourse e Society*, n.2(4), p.477-488, 1991.

POMERANTZ, Anita; FEHR, B. J. Conversation Analysis: An Approach to the Study of Social Action as Sense Making Practices. *Discourse as Social Interaction*, p.64-91, 1997.

_____. Agreeing and disagreeing with assessments: preferred/dispreferred turn shapes. In: ATKINSON, Maxwell. *Structures of social action: studies in conversation analysis (studies interaction)*. Paris: Cambridge University Press, p.57-101, 1984.

RIBEIRO, T. Branca. Por que ouvir estórias na entrevista psiquiátrica? De quem e do que estamos falando. In: RIBEIRO, Branca T.; LIMA, Cristina C.; DANTAS, Maria T. L. (Org). *Narrativa, Identidade e Clínica*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

_____; PINTO, S. Diana de; DANTAS, L., Maria Tereza. A noção de pessoa no discurso de pacientes psiquiátricos. In: PEREIRA, Maria das Graças Dias (Org). *Palavra*. Rio de Janeiro: Editora Trarepa, n.8, 2002.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

RÚDÓLFSDÓTTIR, Annadís G. 'I Am Not a Patient, and I Am Not a Child': The Institutionalization and Experience of Pregnancy. *Feminism and Psychology*, v.10(3), p.337-350, 2000.

RUUSUVUORI, Johanna. Comparing Homeopathic and General Practice Consultations: The Case of Problem Representation *Communication & Medicine* 2. [Special issue 'Professional theories and institutional interaction'], p.123-36, 2005.

_____. Looking means listening: coordinating displays of engagement in doctor-patient interaction. *Social Science & Medicine*. Pergamon, v.52, p.1093-1108, 2001.

SACKS, Harvey; SCHEGLOFF, Emanuel; JEFFERSON, Gail. A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. *Language*. v.50, n.4, p.696-735, 1974.

_____. *Lectures on Conversation*. Oxford: Blackwell Publishers, v.1 e v.2, 1992.

SADKER, Myra; SADKER, David. *Failing at Fairness*: Touchstone, 1995.

SARANGI, Srikant; ROBERTS, Celia. *Talk, work and institutional order: discourse in medical, mediation and management settings*. New York: Mouton de Gruyter, 1999.

SBISÀ, Marina. Feminine subject and female body in discourse about childbirth. *European Journal of Women's Studies*, n.3, p.363-376, 1996.

SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida: Feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo: UNESP, 2004.

SCHIEBINGER, Londa. Skeletons in the closet: The illustrations of the female skeleton in Eighteenth-Century anatomy, In: GALLANGER, C.; LAQUEUR, T. *The Making of the Modern Body*. California: University of California Press, 1987.

SCHNACK, Cristiane; PISONI, Thaís D.; OSTERMANN, Ana C. Transcrição de fala: do evento real à representação escrita. *Entrelinhas*, v.2, n.2, 2005.

SEGER, Karen. *A construção da normalidade em consultas pediátricas*. São Leopoldo, 2007.

SILVA, Caroline Rodrigues da. *O papel da linguagem no processo de humanização do SUS através de uma perspectiva lingüístico-interacional*. São Leopoldo, 2006.

SILVERMAN, David. *Social Science and Conversation Analysis*. New York: Oxford University Press, 1998.

_____. *Interpreting qualitative data: methods for analyzing talk, text and interaction*. 2.ed. London: Sage, 2001.

SORJONEN, Marja-Leena; RAEVAARA, Liisa; HAAKAN, Markku; TAMMI, Tuukka; PERÄKYLÄ, Anssi. Lifestyle discussions in medical interviews. In: HERITAGE, John; MAYNARD, Douglas W. *Communication in Medical Care: Interaction between primary care physicians and patients*. United Kingdom: University Press, 2006.

SOUZA, Joseane de. *O valor do saber da paciente: uma análise do fenômeno da atribuição nas consultas ginecológicas e obstétricas do SUS*. São Leopoldo, 2006.

SPEER, Susan. A. *Gender Talk: Feminism, Discourse and Conversation Analysis*. New York: Rotledge, 2005.

TANNEN, Deborah; WALLAT, Cynthia. Enquadres Interativos e Esquemas de Consulta de Conhecimento em Interação: Exemplos de um exame/consulta médica. In: RIBEIRO, Branca Telles; GARCEZ, Pedro M (Org). *Sociolingüística Interacional*. Porto Alegre: AGE, 1998.

VINCENT, Diane; LAFOREST, Marty; BERGERON, Annie. Lies, rebukes and social norms: on the unspeakable in interactions with health-care professionals. *Discourse Studies* v.9(2), p.226-245, 2007.

WEIJTS, Wies; WIDDERSHOVEN, Guy; KOK, Gerjo. Anxiety-Scenarios in Communication during Gynecological Consultations. *Patient Education and Counseling*. v.18, p.149-163, 1991.

WENGER, Etienne. *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity*. New York: Cambridge University Press, 1998.

WRAY, Alison; TROTT, Kate; BLOOMER, Aileen. *Projects in Linguistics: A practical Guide to Researching Language*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

ZIMMERMANN, Aida W.; SANTOS, Cristina M. A. dos; TASCH, Fernando F.; ZIMMERMANN, Heloísa H. Aspectos psicológicos da gravidez, parto e puerpério. In: BUCHABQUI, Jorge A. (Org.). *Promovendo a Saúde da Mulher*. Editora da Universidade/UFRGS: Porto Alegre, p.53–64, 1995.

APÊNDICE 1

CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO

[texto]	Falas sobrepostas
=	Fala colada
(1.8)	Pausa
(.)	Micropausa
,	Entonação contínua
.	Entonação ponto final
?	Entonação de pergunta
-	Interrupção abrupta da fala
:	Alongamento de som
>texto<	Fala mais rápida
<texto>	Fala mais lenta
°texto°	Fala com volume mais baixo
TEXTO	Fala com volume mais alto
<u>Texto</u>	Sílaba, palavra ou som acentuado
(texto)	Dúvidas
XXXX	Texto inaudível
((texto))	Comentários da transcritora
@ @ @	Risada
?	Entonação descendente
?	Entonação ascendente
hhh	Expiração audível
.hhh	Inspiração audível

(SCHNACK, Cristiane et al. 2005)

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada

Título da Pesquisa: Gênero, sexualidade e violência: uma investigação sociolingüística interacional de atendimentos à saúde da mulher

Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidada a participar de um estudo sobre atendimentos à saúde da mulher. O estudo está sendo conduzido pela Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann (professora e pesquisadora da Unisinos). Através desse estudo, queremos entender um pouco mais como se dão as interações entre cuidadores/as da saúde e mulheres que buscam serviços especializados em questões sobre a saúde da mulher.

A participação nesse estudo exige a gravação em áudio do atendimento que você terá no Posto de Saúde. Depois disso, transformaremos essas gravações em escrita, para que possamos investigar, com mais precisão, como a sua conversa com o/a profissional de saúde aconteceu.

Sua participação nos ajudará a compreender um pouco mais sobre o cotidiano dos serviços especializados na saúde da mulher, como se dão os entendimentos entre profissional da saúde e a mulher que busca os seus serviços, como são discutidos e compreendidos os problemas de saúde e as dúvidas trazidas pela mulher e como se chegam a possíveis soluções ou decisões sobre a saúde da mulher.

Não há riscos associados a sua participação nesta pesquisa para além daqueles associados à vida cotidiana. As informações que obtivermos de você serão rigorosamente confidenciais. Seu nome real, o nome do/a profissional que lhe atender no posto de saúde, nomes de outras pessoas que sejam mencionados durante o atendimento e mesmo o nome da cidade onde está situado o posto serão substituídos por outros em qualquer apresentação ou publicação baseada em nosso estudo. Seus dados serão confidenciais e sua participação no estudo é totalmente voluntária. Você pode se recusar a participar ou se retirar a qualquer momento sem qualquer penalidade. Você também tem o direito de fazer perguntas e esclarecer dúvidas sobre o estudo a qualquer momento. Além disso, como suas conversas serão gravadas em áudio, você tem todo o direito de revisar as fitas e excluir parcial ou totalmente a gravação, se assim o desejar.

Se você tiver outras dúvidas ou perguntas, entre em contato comigo pelo telefone 3591-1100, Ramal 1349, ou pelo e-mail aco@unisinos.br. Você recebeu uma cópia deste documento de consentimento que ficará em seu poder. Agradeço por sua colaboração e interesse em nosso projeto.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann
Pesquisadora responsável

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA

Em: 11.11.2015

[Assinatura manuscrita]

CONCORDÂNCIA EM PARTICIPAR

Eu, _____, concordo em participar do projeto descrito.

Assinatura da participante: _____

Local: _____ Data: _____