

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA APLICADA

NÍVEL DOUTORADO

JOSEANE DE SOUZA

**DA IMPOSSIBILIDADE DE CERTEZAS
NA FALA-EM-INTERAÇÃO EM CONSULTAS DE CÂNCER DE MAMA**

SÃO LEOPOLDO

2015

Joseane de Souza

DA IMPOSSIBILIDADE DE CERTEZAS
NA FALA-EM-INTERAÇÃO EM CONSULTAS DE CÂNCER DE MAMA

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora, pelo Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann

São Leopoldo
2015

S729d Souza, Joseane de
Da impossibilidade de certezas na fala-em-interação em
consultas de câncer de mama / por Joseane de Souza. – 2015.
197 f., 30 cm.

Tese (doutorado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos,
Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, 2015.

Orientação: Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann.

1. Câncer de mama. 2. Análise da conversa. 3. Comunicação
médico-paciente. I. Título.

CDU 801:61

Catálogo na Fonte:
Bibliotecária Vanessa Borges Nunes - CRB 10/1556

JOSEANE DE SOUZA

"DA IMPOSSIBILIDADE DE CERTEZAS NA FALA-EM-INTERAÇÃO EM
CONSULTAS DE CÂNCER DE MAMA"

Tese apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Doutor, pelo
Programa de Pós-Graduação em
Linguística Aplicada da Universidade do
Vale do Rio dos Sinos - Unisinos

Aprovada em 31 de março de 2015

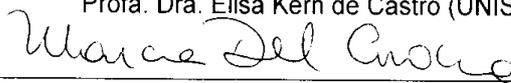
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Liliana Cabral Bastos (PUC-RIO)



Profa. Dra. Elisa Kern de Castro (UNISINOS)



Profa. Dra. Marcia de Oliveira Del Corona (UNISINOS)



Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann (UNISINOS)

À Kátia Sinhorelli, minha madrinha (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas e instituições que contribuíram para o processo de realização do meu doutorado. Listarei-as a seguir, torcendo para que a memória não seja falha nesse momento importante!

Ao meu esposo, Rafael, por ter sempre me estimulado a prosseguir na pós-graduação, pelo companheirismo e carinho durante esta jornada. Sou grata por ter encontrado alguém que acredita tanto em mim (às vezes mais do que eu mesma acredito!). Te admiro da mesma forma.

À minha filha-cachorra, Lola, por ter sido minha companheira de todas as horas e por me tirar do trabalho e da rotina corrida para fazermos ótimas caminhadas.

À minha mãe, Clara, por todo o amor e pelo apoio e ajuda em todas as situações em que precisei. Por ajudar a cuidar da minha casa e da minha cachorra quando me ausentei por meses para o doutorado sanduíche. Por sempre dizer “te acalma!” quando eu dizia que não iria dar conta (desde a época da faculdade).

Ao meu sobrinho, Lucas, de seis anos, por ficar insistentemente perguntando nos últimos meses “quando é que tu vai acabar o teu livro?”, já que expliquei a ele em uma ocasião que uma tese se parecia com um livro. Com certeza o “fiscal” ajudou na finalização desta tarefa, mesmo que apenas por meio de lembretes...

À minha orientadora, Ana Ostermann, pelo estímulo para a continuidade dos estudos, por sempre me incluir em atividades que possibilitam que eu adquira variadas experiências que já me servem e outras que ainda me servirão como profissional, pela busca da excelência. Sou grata pelo dia em que te conheci, há quase dez anos. Tu fizeste a diferença na minha vida! Colaboraste na educação de uma menina e na mudança que ela traz para sua realidade histórica, social, individual e familiar.

Às professoras pesquisadoras que leem e avaliam esta tese, Liliana Bastos, Elisa Castro e Márcia Del Corona, muito obrigada pela disponibilidade e pelas contribuições na qualificação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da Unisinos por buscar a excelência e possuir professoras pesquisadoras tão competentes que realmente nos guiam;

também por ter uma super secretária, Valéria Cabral, que nos presta grande auxílio nas demandas mais “burocráticas”.

À Capes, por proporcionar oportunidades de ouro por meio das bolsas de doutorado e doutorado-sanduíche para minha formação e aperfeiçoamento.

À instituição pesquisada, especificamente ao chefe da área da oncologia e à gerente administrativa, pela atenção e abertura que deram a mim para que eu pudesse apresentar meu projeto e pelo aceite para a realização da pesquisa.

Aos profissionais médicos pesquisados, por contribuírem de bom grado com a sua prática de todo dia.

Às pacientes, pelo aceite em participar, pela vontade de colaborar com a pesquisa e por compartilharem parte de suas histórias comigo.

Ao enfermeiro-chefe da instituição, pela ajuda tão bem-vinda com as agendas das pacientes e por colaborar com a discricção requerida, sempre me encaminhando a uma salinha confortável para que eu pudesse pedir o consentimento das pacientes.

Ao professor pesquisador Doug Maynard, por ter me acolhido como supervisor em meu doutorado sanduíche, ter me ensinado muito com as discussões que promovia e ter me apresentado à Virginia Gill, outra pesquisadora da área. À sua esposa, Joan, pela amizade e pelo cuidado comigo no tempo em que estive em Madison-WI.

À Virginia Gill, por ter me acolhido em sua casa e ter compartilhado um pouco das suas dúvidas de pesquisa comigo, pelas palavras afetuosas e pela ajuda em alguns momentos pontuais da análise.

Aos colegas do curso de doutorado, pelas ajudas pontuais. Em especial a uma colega que se tornou grande amiga ao longo desses quatro anos, Taiane. Obrigada pelo carinho, pela motivação e pela parceria intelectual. Nunca esquecerei que foi durante uma de nossas conversas que me dei conta do fio condutor desta tese.

Às colegas do grupo de pesquisa da minha orientadora, pelas boas risadas, pela ajuda e pelas discussões que possibilitaram melhorias para o meu estudo.

Às amigas de longa data, Bruna, Raquel, Amanda, pelo interesse na minha tese, pelos convites, pelas risadas e por perdoarem as ausências.

RESUMO

Esta tese provém de uma pesquisa de doutorado em Linguística Aplicada que visa a entender como se dão as interações entre oncologistas e mulheres com câncer de mama em consultas de acompanhamento ao longo de seus tratamentos ou de revisão. O foco do estudo foi em atendimentos que não consistiam em comunicação de más notícias (uma vez que as pacientes já haviam passado pelo diagnóstico de câncer) nem em tratamento de pacientes terminais. A literatura a respeito da relação médico-paciente no câncer tem englobado largamente esses dois pontos. Entretanto, a preocupação com a interação em consultas mais rotineiras, durante os tratamentos e nas revisões periódicas, em que nenhum diagnóstico ou prognóstico negativo é de fato entregue pelo médico, ainda é escassa. A metodologia utilizada advém da abordagem teórico-metodológica da Análise da Conversa ou Fala-em-Interação (SACKS, 1992; OSTERMANN; MENEGHEL, 2012). Seu foco é a observação, gravação em áudio (podendo ser também em vídeo) e posterior descrição das interações, das características das ações que os participantes ali produzem e de como as ações de um interagente afetam o outro, que irá produzir suas ações em resposta. Os dados (24 consultas gravadas em áudio) foram coletados em um hospital da região sul do Brasil que possui um centro para tratamento de câncer, transcritos segundo convenções próprias da área (JEFFERSON, 1984) e então analisados. A partir das análises, são descritas ações recorrentes realizadas por oncologistas e pacientes, tais como solicitações de avaliação; avaliações do próprio estado emocional; avaliações de estado físico; recomendações e avaliações prognósticas com justificativas e argumentação; *accounts*. Essas ações interacionais revelam que os participantes estão a lidar com a impossibilidade da certeza em vários aspectos nas consultas; por exemplo: a impossibilidade de uma avaliação prognóstica absolutamente certa, a impossibilidade de certeza sobre estar-se livre de recidivas, a impossibilidade de certeza de que determinados testes realmente servirão de base para as tomadas de decisão necessárias, etc. Além disso, algumas ações dos médicos (avaliações positivas, recomendações e avaliações prognósticas com justificativas e argumentação e *accounts*) possuem um potencial de tranquilização da paciente ao poderem diminuir incertezas por meio da construção de uma maior assertividade. Ao final, a contribuição do estudo pode consistir no aprimoramento de um dos eixos básicos da *relação* médico-paciente: como humanizar a relação oncologista-paciente de câncer de mama por meio de um aparato comunicacional – as práticas interacionais de *gerenciamento da certeza*.

Palavras-chave: câncer de mama; Análise da Conversa; comunicação médico-paciente.

ABSTRACT

The present dissertation derives from doctoral research in Applied Linguistics that aims at understanding how interactions between oncologists and women with breast cancer play out in long-term treatment consultations and/or follow-up ones. The focus of the study was neither on consultations where bad news was delivered (since the patients had already been diagnosed with the illness) nor on those with terminally ill patients. Literature on the doctor-patient relationship in cancer has largely covered these issues. However, concern about verbal interaction in routine consultations during treatment and in periodic revisions, during which no diagnosis or negative prognosis is actually delivered by the doctor, has been scarce. The methodology used originates in the theoretical-methodological approach of Conversation Analysis or talk-in-interaction (SACKS, 1992; OSTERMANN; MENEGHEL, 2012). Its goal is the observation, audio (or video) recording and latter description of the interactions, the characteristics of the actions the participants produce therein and how one party's actions affect the other, who will, in turn, produce his/her action in response. The data (24 audio recordings) were collected in a hospital in southern Brazil which is equipped with a cancer treatment center, then transcribed in accordance with conventions used in the field (JEFFERSON, 1984), then analyzed. From the analyses, recurring actions performed by doctors and their patients are described, such as requests for assessments; self-assessments of a patient's emotional state; physical assessments; recommendations and prognostic evaluations with justifications and argumentation; accounts. These interactional actions show that the participants are dealing with a situation in which certainty is impossible in various aspects of the consultations, for instance: the impossibility of an absolutely certain prognostic evaluation, the impossibility of being sure about not having a relapse, the impossibility of certainty with regard to whether certain tests will actually serve as a basis for making necessary decisions, etc. Furthermore, some of these actions by the doctor (positive assessments, recommendations and prognostic assessments with justifications and argumentation, and accounts) have the potential to reassure the patient as they can reduce uncertainty by means of the construction of *assertiveness*. Ultimately, the contribution of this study may lie in the improvement of one of the basic axes of the relationship between doctors and their patients: how to humanize the oncologist-breast cancer patient relationship by means of a communicational apparatus – the interactional practices of *certainty management*.

Key-words: breast cancer; Conversation Analysis; doctor-patient communication.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 RELAÇÃO E/OU INTERAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: DIFERENTES VISÕES	20
2.1 A relação médico-paciente no contexto brasileiro: a ausência de estudos de fala-em-interação	20
2.2 A relação médico-paciente no Brasil	22
2.3 A oncologia no Brasil e a cartilha de comunicação das más notícias do INCA	27
2.4 A interação e a comunicação em consultas médicas e oncológicas	33
2.5 O modelo biomédico visto pela Antropologia da Saúde – controle, normalização, biopoder	41
3 METODOLOGIA	48
3.1 A entrada em campo e a execução do projeto de pesquisa	52
3.2 Etnometodologia, Análise da Conversa e Análise das Categorias de Pertença	58
4 A BUSCA PELO “TÁ TUDO BEM” EM CONSULTAS ONCOLÓGICAS DE ACOMPANHAMENTO E REVISÃO NO CONTEXTO DO CÂNCER DE MAMA	61
4.1 Solicitações de avaliação mitigadas? As avaliações de estado emocional das pacientes	72
4.2 O “tá tudo bem” oferecido pelo médico sem ter sido solicitado	85
4.3 Perguntas diretas aos médicos	89
4.4 A orientação a uma metáfora na busca pelo “tá tudo bem”?	97
5 PROGNÓSTICOS E RECOMENDAÇÃO NAS INTERAÇÕES ENTRE PACIENTES DE MAMA E SEUS ONCOLOGISTAS	101
5.1 O prognóstico oferecido pelo médico	105
5.2 Solicitações de prognóstico produzidas pelas pacientes e as respostas dos médicos	

.....	118
6 <i>ACCOUNTS</i> , NORMALIDADE E MORALIDADE – Ser normal, ser boa paciente, ser o médico ideal	132
6.1 <i>Accounts</i> realizando a construção da normalidade da situação da paciente	137
6.2 <i>Accounts</i> que realizam a construção moral de boa paciente	145
6.3 <i>Accounts</i> e o processo de tomada de decisão: o médico ideal na situação errada? ..	153
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	167
7.1 Retomada de objetivos e discussão	167
7.2 E o que fica disso tudo?	170
7.3 Pensando na teoria e nas contribuições	174
7.4 Contribuição prática: a Análise da Conversa Aplicada	177
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	179
ANEXO A – CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO	192
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS MÉDICOS	193
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ÀS PACIENTES	195
ANEXO D – ENTREVISTA COM O ONCOLOGISTA	197

Lista de Excertos

Excerto 1.....	72
Excerto 2.....	76
Excerto 3.....	78
Excerto 4.....	81
Excerto 5.....	85
Excerto 6.....	86
Excerto 7.....	87
Excerto 8.....	89
Excerto 9.....	92
Excerto 10.....	94
Excerto 11.....	95
Excerto 12.....	97
Excerto 13.....	105
Excerto 14.....	107
Excerto 15.....	110
Excerto 16.....	112
Excerto 17.....	114
Excerto 18.....	115
Excerto 19.....	116
Excerto 20.....	119
Excerto 21.....	123
Excerto 22.....	126
Excerto 23.....	128
Excerto 24.....	138
Excerto 25.....	148
Excerto 26.....	151
Excerto 27.....	152
Excerto 28.....	154
Excerto 29.....	157
Excerto 30.....	157
Excerto 31.....	161

1 INTRODUÇÃO

Num final de um agosto muito frio, o Waldemar estava outra vez internado, agora com várias lesões ósseas que lhe provocaram o colapso de uma vértebra torácica e uma dor de difícil controle.

Com o desfecho se aproximando, falávamos [médico e paciente] de tudo e do futuro, como se houvesse.

Uma noite, ajustada a dose do analgésico e encontrada uma posição de apoio com um travesseiro entre os joelhos, a dor passou, e ele contou da volta prevista do neto querido, que estudava em Londres, e da alegria que seria o Natal com todos em casa.

Depois de encarar o vazio por um tempo, se animou a perguntar: “Você acha que eu vou estar vivo em dezembro?”

Como o “claro que sim” saiu muito rápido, ele se aproveitou: “Meu querido! Passe para este outro lado da cama, sente na minha frente e, por favor, me minta mais!”

JJ Camargo, **O jeito de dizer**

A crônica do pneumologista gaúcho JJ Camargo, pioneiro em transplantes de pulmão na América Latina, mostra-nos a importância da esperança para os pacientes e da sensibilidade para os médicos. Ela também acaba por demonstrar que a interação é o locus da construção da relação médico-paciente¹, e que ambos os participantes estão orientados a isso o tempo todo.

No contexto do câncer então, tais valores – a sensibilidade e a esperança – são pilares que sustentarão essa relação e até mesmo a vida do paciente por um bom tempo. A palavra câncer ainda hoje, com todo o avanço da biomedicina, está no imaginário popular como significando uma sentença de morte. As palavras que seguem são “e tem cura?”, ou seja, há como a pessoa em questão escapar da morte? Assim, a esperança é, muitas vezes, tudo o que um paciente pode de fato ter, e a sensibilidade do médico vale tanto quanto os tratamentos (à exceção de que os tratamentos possuem uma inerente chance de falha no processo).

¹ É importante esclarecer aqui no início da tese que não considero que os termos no masculino (como “médico”) englobem o gênero feminino. Contudo, adoto tais termos para não poluir excessivamente o texto com as marcações que seriam devidas (como “médico/a”).

O câncer de mama, por sua vez, além de trazer à tona a possibilidade da morte, inclui o fator da mutilação feminina. A mama, símbolo de vida, beleza, erotismo, marcador de sexo e de gênero para a sociedade, é retirada da mulher, integral ou parcialmente, e nunca mais irá voltar. Os implantes mamários, depois de realizados, representarão aos outros o que a mulher sabe que já não está mais ali. Então, ainda que longe da morte em seu sentido literal, uma morte figurada e localizada já aconteceu: uma parte importante de seu corpo se foi.

Este projeto, em parte, remonta a uma experiência pessoal com o câncer de mama: na minha infância, acompanhei de perto a doença, pois minha madrinha teve câncer de mama aos 32 anos. Na época, início dos anos 90, o quadro era diferente do cenário atual: menos pesquisas sobre o assunto, menos dinheiro governamental investido, menos centros de cuidado específico do câncer, menos opções de tratamento, de cirurgia, de restauração, enfim, a batalha contra o câncer de mama era, por vezes, uma “aposta na loteria”.

O que ficou na minha memória sobre aquele período foram as inúmeras incertezas que eu ouvia nas conversas de minha madrinha e de seus familiares com minha mãe. Não se sabia por quanto tempo ela ainda receberia o tratamento, não se sabia por que a restauração mamária não tinha dado certo, não se sabia se ela seria internada novamente, não se sabia por que ela começara a sentir tanta dor nos ossos, não se sabia por que ela não respondia mais ao tratamento... A medicina não tinha respostas às inúmeras perguntas e parecia ter poucos meios para de fato tentar respondê-las naquela época, aqui no Brasil e em nosso contexto socioeconômico familiar. Tudo era bastante tentativo. Ela se foi, amarelada, magrinha, sem cabelo, deixando o vazio da sua ausência e a presença de várias perguntas, na cabeça de várias pessoas.

Voltando aos dias mais atuais, minha experiência como bolsista na pesquisa de minha orientadora em 2006, gravando interações entre ginecologistas e pacientes em um posto de saúde do SUS, novamente me colocou em contato com as incertezas do câncer. As pacientes

pareciam ter medos latentes sobre câncer (mamário e cervical) que eram subentendidos por mim durante as consultas. E algumas relatavam antes da consulta, no momento em que consentiam a gravação, que estavam ali para checar essa possibilidade. Elas não diziam essa palavra, mas normalmente diziam que estavam ali porque queriam se cuidar, saber se estava tudo bem, e então narravam algum caso de uma conhecida que estava/estivera com um “carocinho”, ou de alguém da família que já tinha morrido em função de algum câncer. Uma paciente em especial relatou-me toda a sua experiência prévia com câncer de mama – tivera câncer em uma mama, que, depois de tratado, voltara à sua região clavicular. Na época, tinha terminado esse segundo tratamento fazia um ano e estava ali para fazer uma revisão da parte ginecológica. Seu relato me marcou muito e por muito tempo ficou ecoando na minha cabeça.

Foi pensando tanto na expressão dessas incertezas e preocupações pelas mulheres e no rondar desse fantasma, quanto no que de fato significa conservar a esperança do outro e ter sensibilidade, que concebi este projeto, planejado em 2006, como anteprojeto de mestrado, e colocado em prática somente a partir de 2011, como projeto de pesquisa de doutorado. Agora, com a presente tese, pretendo mostrar o que foi realizado neste estudo.

Realizei uma pesquisa de fala-em-interação em um contexto institucional, sob a perspectiva teórico-metodológica da Análise da Conversa (SACKS, 1992). Mais especificamente, investiguei interações entre médicos oncologistas e mastologistas e pacientes mulheres em tratamento do câncer de mama ou em período de revisão e controle. Os dados do estudo foram coletados em um grande hospital privado da região sul do país que possui um centro específico para o tratamento do câncer.

Durante a realização da pesquisa, tive oportunidades de participar de alguns seminários da ONG Imama – Instituto da Mama do Rio Grande do Sul – e pude presenciar relatos dos dois lados: tanto de médicos (oncologistas, mastologistas, cirurgiões reconstrutores de mama) quanto de mulheres com experiência na doença. Foram nesses

encontros que eu tive a certeza de que estava tratando de algo muito pertinente com minha pesquisa – a interação em um contexto como esse –, porque praticamente todas as mulheres (também voluntárias do Imama) relataram em suas trajetórias de descoberta do câncer o mesmo fato: os problemas na comunicação entre elas e seus médicos durante exames, investigação, descoberta e decisão sobre tratamentos. Desde atitudes antiéticas de estudantes e profissionais de saúde no momento de dar más notícias até falta de espaço para a agentividade no processo decisório relacionado ao câncer. Praticamente em comum em suas narrativas havia dois fatores: a percepção por quase todas as mulheres de que, para o grupo médico, elas restringiam-se apenas a um corpo, uma mama, uma “peça”² a ser tratada; e também a subsequente jornada de procura por outro profissional que pudesse dar tratamento mais humanizado a elas.

A partir da visão dos estudos de fala-em-interação na área médica, sabe-se que uma comunicação mais efetiva entre médicos e pacientes pode contribuir para a qualidade do tratamento e até para uma melhora da saúde do paciente (OSTERMANN, 2005, p. 2). Resultados positivos nos cuidados à saúde também podem ser relacionados à qualidade da interação entre médicos e pacientes (CANDLIN; CANDLIN, 2002). Assim, acredito que o tratamento, bem como o diagnóstico, na verdade, precisam ser *construídos* com os pacientes, respeitando e considerando o seu perfil, suas visões de mundo e seu conhecimento dito “leigo”.

Assim, parto do pressuposto de que uma interação menos assimétrica entre oncologistas e pacientes mulheres, mais humanizada e com o cuidado profissional sendo negociado com a paciente pode levá-la a lidar melhor com tratamentos agressivos e prognósticos incertos como os do câncer. Além disso, acredito que a interação, por ser o lócus da construção da relação médico-paciente, precisa ser pensada de forma a voltar a atenção aos

² No relato de uma das voluntárias do Imama, o médico em questão referia-se à sua mama utilizando a palavra “peça”. Isso a levou a procurar outro profissional, que, em suas palavras, não tratasse seu “seio como uma peça”.

possíveis problemas de comunicação e às incertezas que podem ser geradas por tais problemas.

Ao começar minha incursão etnográfica e coleta de dados, pude verificar que há uma diferença bastante grande entre os tipos de consulta, e também há uma dificuldade da parte do instituto em conseguir saber de antemão quando uma primeira consulta oncológica será especificamente de mama (o que só acontece no momento do atendimento, quando o oncologista olha o prontuário da paciente e reconhece a especialidade de quem a encaminhou, ou no momento da anamnese). Em função disso, os dados gerados com a pesquisa são basicamente – com exceção de duas interações – de consultas de acompanhamento ou revisão, ou seja, consultas durante ou após o tratamento (cirurgia, quimioterapia e radioterapia) da doença³. Nas primeiras consultas também não houve entrega de diagnóstico de câncer. Portanto, as pacientes em questão vão às consultas ou para um acompanhamento do tratamento em curso, ou para uma revisão e controle, ou para uma decisão sobre qual tratamento iniciar. Este assunto será melhor abordado na seção de metodologia.

Resumidamente, a proposta mais ampla desta tese é a de refletir sobre as práticas interacionais construídas por médicos oncologistas e pacientes com câncer de mama em consultas de acompanhamento de seus tratamentos ou de retorno / revisão. Essa reflexão tomou como ponto de partida a necessidade de se investigar momentos na comunicação médico-paciente que não são nem de entrega de más notícias nem de desdobramentos no cuidado de pacientes terminais. Essa necessidade é percebida em função de esses momentos serem pouco estudados ou discutidos na literatura sobre comunicação médico-paciente (e sobre relação médico-paciente) no Brasil, porém mais amplamente estudados sob a rubrica da

³ Há que se explicar que várias pacientes em consultas de revisão pós-tratamento estavam, na verdade, no período do tratamento chamado hormonioterapia, que consiste em administração de um bloqueador hormonal por um período de cinco anos logo após o término da quimioterapia.

Análise da Conversa, ou seja, sob o viés interacional, e em países como Estados Unidos, Inglaterra e Suécia.

Mais especificamente, foram investigadas as recorrências interacionais, o que aponta ações realizadas pelos participantes que estão lidando, de uma forma ou de outra, com a impossibilidade da certeza no contexto do tratamento do câncer de mama, o argumento central desta tese. Assim, os objetivos específicos, conforme o tópico analisado em cada capítulo, são:

– Capítulo 4 – descrever e discutir um padrão que foi observado nas consultas de acompanhamento e/ou revisão: a busca pelo “tá tudo bem”, via avaliações produzidas por médicos e pacientes, solicitadas por pacientes ou ofertadas pelos médicos;

– Capítulo 5 – descrever e discutir ações recorrentes nas primeiras consultas: solicitação e provimento de informações prognósticas, via recomendações, justificativas e argumentação produzidas pelos médicos;

– Capítulo 6 – descrever e discutir a produção de *accounts* por médicos e pacientes e sua relação com certas categorias sendo construídas e atualizadas na interação.

No próximo capítulo, o de número 2, serão explicitados estudos sobre relação médico-paciente e interação médico-paciente. No Capítulo 3, a metodologia utilizada nesta tese é explanada. Os Capítulos 4 a 6, como mostrado, são analíticos. No Capítulo 7, encontram-se as considerações finais deste estudo.

O estudo prevê, além da reflexão e teorização sobre a fala-em-interação em ambientes institucionais (DREW; HERITAGE, 1992), um retorno ao ambiente pesquisado (OLIVEIRA, 2009). É aí que reside a característica interdisciplinar da Linguística Aplicada, pois se pretende, a partir do objetivo maior que é o de descrever as práticas discursivas encontradas: (i) poder contribuir para os estudos de Análise da Conversa; e (ii) conseqüentemente prestar

contribuições para a formação e a atuação de profissionais da área da saúde, instaurando-se um diálogo entre essas áreas, bem como entre academia e instituições de saúde.

Por meio de uma das vertentes da Análise da Conversa, a Análise da Conversa Aplicada (ANTAKI, 2011; KITZINGER; OSTERMANN, 2012), tentarei utilizar as análises para corroborar a ideia de que nós pesquisadores sempre temos algo a dizer para o ambiente pesquisado com vistas à intervenção, obviamente se houver interesse do local – que pode também ser introduzido pelo pesquisador/a se pensarmos que por meio da mostra dos achados da pesquisa podemos tentar despertar seu interesse, como fez minha orientadora em sua pesquisa no Disque Saúde (OSTERMANN, 2011, comunicação pessoal).

Essa forma de AC tem potencial para aperfeiçoar, refinar a prática profissional, mais do que para prescrevê-la, por exemplo. Ou seja, receitas não podem ser dadas, mas muito do que se vê nos dados naturalísticos, aspectos da maquinaria da conversa revelados por uma análise, podem servir para fazer a instituição e os profissionais refletirem sobre pontos nunca antes pensados.

A escassez de pesquisa interacional nessa área no Brasil agrega relevância a este estudo, porque, com os resultados da pesquisa, pretende-se contribuir para uma qualificação da comunicação entre oncologistas e pacientes, por meio da reflexão que o estudo poderá proporcionar no ambiente acadêmico da área de saúde, bem como em encontros com os profissionais que já atuam na área da oncologia. Conforme Wayne Beach e Jennifer Anderson (2003), a literatura revela que a atenção é bastante dada às experiências *reportadas pelos indivíduos* que sofrem ou já sofreram de câncer, não existindo muitos estudos que investiguem a interação entre oncologistas e pacientes propriamente dita e as ações que esses participantes produzem quando estão na atividade de cuidar e receber cuidados. No contexto brasileiro, isso é ainda mais evidente, pois a maioria dos estudos olha somente para o que médicos e outros cuidadores reportam (o estudo do INCA é um exemplo disso). Assim, olhar

para os dados naturalísticos e saber como acontece a comunicação entre oncologistas e pacientes em um nível microinteracional é igualmente importante e constitui-se em uma nova maneira de olhar para a relação médico-paciente, que pode ser reveladora do que se passa no aqui-e-agora entre profissionais da saúde e pacientes com câncer.

Mais especificamente, minha intenção é a de que a pesquisa sirva para ampliar os construtos teóricos sobre interação médico-paciente no contexto brasileiro, chamando a atenção de médicos e pesquisadores para os fatores microestruturais das interações, cuja importância parece ainda desconhecida desses profissionais. Esses fatores, contudo, estão sempre imbricados no processo de cuidar da saúde dos pacientes, e é o seu conhecimento ou reconhecimento que as teorizações a partir desta tese poderão proporcionar. Além disso, poderei contribuir para os estudos de Análise da Conversa nas interações médico-paciente ao evidenciar como acontecem as interações em mais um contexto, podendo dialogar com os trabalhos estadunidenses e europeus já realizados na área.

2 RELAÇÃO E INTERAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: DIFERENTES VISÕES

Neste capítulo, primeiramente trago alguns estudos da relação médico-paciente por pesquisadores brasileiros; vejo que a maioria constitui o campo *psi* e refere-se à *relação* e não à *interação* médico-paciente. A Psico-oncologia toma uma importante frente no contexto do câncer, preocupando-se tanto com o médico quanto com o paciente, mas pouco com a interação entre essas duas partes. A seguir, discorro sobre os estudos de interação (ou comunicação) médico-paciente, e especificamente oncologista-paciente no contexto estadunidense e europeu, cuja produção desse tipo de pesquisa constitui uma tradição. Depois, convoco algumas noções da Antropologia do Corpo e da Saúde, ou Antropologia Médica, que apresentam uma crítica à biomedicina a respeito de seu papel frente ao paciente.

2.1 A relação médico-paciente no contexto brasileiro

No Brasil, a preocupação com a relação médico-paciente ainda divide espaço com problemas como falta de vagas e de atendimento nos hospitais, falta de medicações, de leitos, de políticas públicas que viabilizem o processo de cura daqueles que têm menor poder aquisitivo, etc. A própria Política de Humanização dos Atendimentos do SUS, que poderia destinar-se prioritariamente e tão-somente ao cuidado das questões mais subjetivas relacionadas à humanização da saúde, acaba ocupando-se em garantir alguns elementos “humanizadores” ainda mais básicos, como a equidade no amparo à saúde de todos os cidadãos, em todos os postos e hospitais de todas as cidades brasileiras (HumanizaSUS, 2004).

Apesar de até a pouco em segundo plano, há um espaço crescente na literatura médica brasileira para a preocupação com a relação médico-paciente. Há uma variedade de estudos e

retomadas do percurso histórico da relação médico-paciente publicados no Brasil por profissionais e pesquisadores médicos e da área de saúde coletiva. Esse fato indica que há um interesse em se tomar a relação médico-paciente como objeto de estudo no Brasil. Porém, em sua maioria, conforme apontam Ana Ostermann e Stela Meneghel (2012), é o campo *psi* (OSTERMANN; MENEGHEL, 2012) que tem se ocupado em abordar essa relação, com muita luz sendo dada ao lado dos médicos, como mostro na revisão de alguns estudos mais adiante. O termo *psi* visa a explicar que tais estudos estão preocupados com a relação médico-paciente, de um ponto de vista individual, comportamental, e do ponto de vista da “produção de subjetividades”, como explicam Ana Ostermann e Stela Meneghel (2012, p. 12).

Certamente não questiono a validade dos estudos do campo *psi*, entretanto me posiciono a favor de uma abordagem que considere a relação médico-paciente como coconstruída a cada interação, conjuntamente, porque é na interação que essa relação se dá. Somente pontos de vista e impressões individuais, ainda que importantes, não podem constituir todo o insumo para se pensar reformulações da prática médica, pois estão permeados somente por como a própria pessoa se vê e por aquilo que ela acha que fez ou que gostaria de ter feito. Há que se olhar também para o que é construído na interação, que permite o acesso àquilo que o outro entende da ação de alguém.

Além disso, de certa maneira o termo “relação médico-paciente” tem sido usado de forma abrangente nos estudos brasileiros, incluindo também a comunicação médico-paciente, mais especificamente, porém, apenas em pouquíssimos estudos olhando para fenômenos microanalíticos. Olhar para a relação médico-paciente, ou comunicação médico-paciente, por uma via unilateral, individual, seja do médico ou do paciente, é desconsiderar que existe uma construção comum entre essas duas partes, justamente porque essas duas partes interagem para produzir algo: a Saúde é, assim, fruto de uma interação entre alguém que supostamente precisa de cuidado e alguém que supostamente possui subsídios para prover esse cuidado.

Então, além de se debruçar sobre os relatos e as impressões que ambos tiveram de sua experiência juntos, é imprescindível que se foque na experiência em si, no evento consulta médica, nos dados naturalísticos que mostram o que de fato aconteceu, nas ações que ambos construíram em dado momento. Ostermann e Meneghel (2012, p. 14) afirmam que ainda são poucos os trabalhos brasileiros que fazem uso da abordagem da fala-em-interação, como o presente estudo, com dados naturalísticos, e “[...] que examinam gravações em áudio e/ou vídeo *do atendimento de saúde em si* e das negociações que se dão entre os participantes nesses atendimentos [...]” (grifo das autoras).

É então com tal escassez em mente que realizo uma mostra de alguns estudos do campo *psi* justamente para depois mostrar o que a análise da fala-em-interação e a Análise da Conversa Aplicada se propõem a fazer.

2.2 A relação médico-paciente no Brasil

Josiane Tonelotto (2010, p. 1) atribui a evidência atual de pesquisas sobre a relação médico-paciente ao fato de que a humanidade estaria passando, segundo ela, por “crises de relacionamento de toda ordem”, e isso não seria diferente no relacionamento entre médicos e pacientes. A autora aponta também para a precariedade dos serviços brasileiros de saúde veiculada na mídia diariamente, a falta de investimento em prevenção de doenças, a falta de profissionais adequadamente qualificados, e outros motivos que fazem com que a rotina do profissional de saúde seja um “desafio de superação”. Todos esses fatores justificariam então o grande número de investigações da relação médico-paciente no Brasil.

Além disso, a autora reconhece que, para o paciente, a qualidade da relação com seu/sua médico pesa na sua satisfação, na melhora dos resultados e na adesão aos tratamentos propostos pelo profissional. Ela enfatiza que antigamente, no que chama de “primórdios da

medicina”, o modelo de Hipócrates⁴ de uma prática humanista da profissão era a base. Havia uma preocupação com a doença para além das fronteiras do corpo, e a cura passava pelas questões psicossociais, uma vez que era muito importante descobrir o que agravava ou determinara o *quadro patológico* do paciente. Esse modelo então visava à construção e à atenção a dois pilares de sustentação da atuação médica: “o exame físico e a qualidade da relação desenvolvida entre o médico e seu paciente” (TONELOTTO, 2010, p. 2). Conforme Tonelotto, “pode-se dizer que esse período foi identificado como o de cura como uma operação humano-científica em que a relação **sujeito-sujeito** era o ponto principal” (p. 2, grifo da autora).

Tonelotto relata que, apesar de ter perdurado por bastante tempo, os avanços tecnológicos substituíram esse modelo de Hipócrates por um mais centrado no corpo, em função de o médico, por meio de exames cada vez mais elaborados, poder ver para além do que o paciente descrevia. A autora argumenta que a partir daí, então, esse eixo da conversa e da atenção para o entendimento da queixa dos pacientes acabou dando lugar à maior exatidão e ao auxílio dos exames laboratoriais e de imagem. Assim, a relação médico-paciente aproximou-se cada vez mais de uma “relação **sujeito-objeto**” (p. 2, grifo da autora).

O modelo sujeito-objeto é basicamente o que comandara as práticas de saúde desde então. Stela Meneghel e Ana Ostermann (2012), inspiradas em Suely Deslandes (2006), explicam que não é tão recente a preocupação com a humanização, listando tanto a sociologia médica estadunidense, com a Escola de Chicago (com Erving Goffman, Howard Becker e Anselm Strauss), quanto sanitaristas nos anos de 1960 que apontavam para barreiras de comunicação entre profissionais da saúde e pacientes e criticavam o modelo médico baseado na racionalidade científica do ocidente (2012, p. 153).

⁴ Hipócrates nasceu na Grécia e viveu mais ou menos a 400 a.C, na mesma época de Sócrates e Aristóteles. É considerado o precursor da medicina como se conhece hoje, contrária a práticas mágicas e primitivas, e o responsável pelo seu direcionamento científico, porém com alta ênfase no humano.

José de Jesus Peixoto Camargo (2014), em um de seus textos para a coluna *Palavra de Médico* do *Jornal Zero Hora*⁵, deixa claro que o assunto da humanização nunca foi tão atual. Ao traçar alguns comentários sobre o recente simpósio da Academia Sul-Riograndense de Medicina, com o tema “Que médico devemos formar?”, Camargo relata que houve quem considerasse dispensável a interface com as ciências humanas em prol de ainda maior qualidade e excelência na base. O autor lembra que a “avalanche de queixas e demandas” contra médicos e instituições ainda não permite que se defina qual profissional se quer.

Ademais, a própria Internet tem mudado a relação médico-paciente, novamente segundo Tonelotto (2010):

Hoje os pacientes são muito bem informados sobre as doenças que os acometem. O acesso à informação é fácil e, portanto eles passam a ser possuidores de um conjunto de conhecimento sobre as doenças que nele se manifestam. Esse fato, sem dúvidas, torna os pacientes mais curiosos e mais questionadores, a ponto de muitas vezes causar desconforto ao médico, que por sua vez é mais questionado sobre seus saberes. Assim vivemos uma reconfiguração da relação médico-paciente mediada pelos sites de ajuda disponíveis hoje na área médica. Isso não necessariamente se configura como ponto negativo, mas como aspecto que merece cuidado. Já em 1999 o *British Medical Journal* apontava a internet como o meio de alterar definitivamente as relações pessoais entre aquele que cura e o que é curado. (p. 2)

Essa instância, a Internet, pode estar descaracterizando o aspecto assimétrico que pode haver na relação médico-paciente pautada naquela visão sujeito-objeto como a autora descreve, ou, entendido aqui, profissional-leigo. Ademais, o aspecto do questionamento dos saberes dos médicos, que a autora aponta como algo que traz desconforto a esse profissional, pode estar iniciando uma reviravolta no modelo biomédico, realmente vindo a alterar a relação médico-paciente. Andrea Caprara e Josiane Rodrigues (2004), por exemplo, possuem uma visão completamente favorável a essa mudança, apontando que a assimetria entre

⁵ CAMARGO, J. J. A afetividade deve ser um requinte de qualificação do médico. **Zero Hora**. Disponível em: <http://m.zerohora.com.br/noticia/4623063/a-afetividade-deve-ser-um-requinte-de-qualificacao-do-medico>. Acesso em 11 dez. 2014.

médicos e pacientes é o fator-chave que acaba impossibilitando que o paciente exerça a autonomia e se sinta responsável pela própria saúde. Os mesmos autores sugerem que a mudança deveria ser pela aquisição de outras competências na formação dos médicos, como a psicossocial, e reconhecem que a melhoria da relação médico-paciente influencia positivamente no estado de saúde do paciente.

Em consonância com essas ideias, Anamélia Franco e Vânia Alves (2005), por exemplo, tecem um estudo sobre a dimensão psicossocial e a autonomia do paciente. Seus dados são consultas médicas de um Programa de Saúde da Família da Bahia, analisados sob uma perspectiva de detecção de padrões de comportamento dos médicos com relação a seus/suas pacientes: biomédico superficial, biomédico extensivo, biopsicossocial, psicossocial e consumidor. As autoras medem os padrões dominantes na consulta em números e partem da reflexão de que

uma relação dialógica, quando libertadora, implica um encontro entre sujeitos que refletem sobre sua realidade tal como a fazem e re-fazem. Este encontro deve ser transformador dos sujeitos e, por conseguinte, de sua realidade. Assim, a relação médico-paciente pode ser pensada como um espaço de reconstrução da realidade que determina o processo saúde-doença e que, a partir do discurso, pode vir a ser singularizada. Uma relação médico-paciente dialógica aproxima-se de padrões psicossociais segundo a definição de Roter et al. (1997). (FRANCO; ALVES, 2005, p. 102)

Assim, para as autoras, se o padrão psicossocial for mais utilizado, o desenvolvimento da autonomia dos pacientes está ocorrendo. Os resultados indicaram que a abordagem da dimensão psicossocial do paciente praticamente não aconteceu, e alguns exemplos reais extraídos das consultas médicas investigadas foram então mostrados para o leitor.

Outra preocupação nos estudos com esse enfoque é a problemática da não-adesão dos pacientes, ou da sua mínima adesão, aos processos de tratamento de doenças (FERREIRA; RIBEIRO; LEAL, 2002; CARVALHO et al, 2003). A reflexão sobre tal problemática tem

levado pesquisadores da área da Saúde Coletiva a apontar para questões como o respeito aos valores subjetivos dos pacientes como formas de solução.

Andrea Caprara e Anamélia Franco (1999) mencionam que a *humanização da medicina*, principalmente da relação médico-paciente, se dá quando se reconhece que é preciso uma sensibilidade maior frente ao sofrimento dos pacientes. Esses autores também tecem considerações sobre a necessidade de abandonar a visão puramente biomédica, com foco no corpo do paciente, que foi estabelecida nos séculos XIX e XX, como mencionei anteriormente. Dessa forma, os médicos e cuidadores da saúde em geral deveriam considerar o paciente de um ponto de vista físico, psíquico e social (CAPRARA; FRANCO, 1999). Sugerem inclusive que o médico tome sua vida de paciente como experiência para poder se colocar no lugar deste.

A partir desses apontamentos realizados pelos próprios pesquisadores da área médica, estaria havendo uma retomada do valor e da importância da relação sujeito-sujeito perdida com o positivismo, porque aquele corpo que está sendo “analisado” pensa, vê, sente, lê, informa-se, tem desejos e está inserido em determinado lugar sociocultural e histórico, e é então também capaz de decidir. Tem início aí a importância atribuída à qualidade da comunicação médico-paciente, porém não só visando à *eficiência*, como salienta Tonelotto (2010), mas à relevância de o profissional entender com quem está falando; ou seja, o tratamento das dimensões psicológicas, sociais e econômicas de seu paciente torna-se essencial nesse momento.

Todas essas menções a uma mudança da prática médica são bastante válidas e contribuem para uma visão macroestrutural dos aspectos inerentes à prática médica que estão imbricados no processo de revisão da relação médico-paciente. Contudo, mais adiante, discorrerei a respeito do olhar microestrutural especificamente sobre a interação médico-

paciente e dos ganhos teórico-analíticos que podemos ter com ele. Antes, farei uma breve mostra dos estudos sobre a relação oncologista-paciente no Brasil.

2.3 A oncologia no Brasil e a cartilha de comunicação das más notícias do INCA

As pesquisas brasileiras que se ocupam da relação médico-paciente na oncologia basicamente iniciam seus trabalhos a partir do tema da comunicação de más notícias, ou da revelação em si do diagnóstico de câncer. Todo o discurso construído pela área e os pontos vulneráveis, como, por exemplo, a questão da adesão ao tratamento, mostrado anteriormente, ainda é válido nessa subárea, conforme podemos ver em Valéria Silva e Márcia Zago (2005). Nesse ensaio, as autoras, enfermeiras, tratam da comunicação no momento da revelação do diagnóstico de câncer e afirmam que o interesse pela comunicação médico-paciente nesse momento cresce em função do envolvimento de aspectos psicológicos, físicos e interpessoais que podem resultar em “inúmeros conflitos, afetar os sintomas, o comportamento, os relacionamentos sociais, o prognóstico, a auto-percepção do paciente e as atitudes de terceiros” (SILVA; ZAGO, 2005, p. 477).

Ana Valéria Miceli (2009) constatou, em um estudo com pacientes com câncer da Clínica da Dor do Instituto do Câncer do Rio de Janeiro (INCA), que o tratamento atencioso do médico foi até mais valorizado por eles que a própria supressão da dor. A autora também aponta para a ligação imediata entre a qualidade da comunicação entre médico e paciente e a satisfação do paciente e a crença nos resultados do tratamento. Miceli (2009) destaca que essa mudança da relação médico-paciente que vem acontecendo, com o cuidado integral e centralizado no paciente, é bem-vinda. Entretanto, traz alguma dificuldade para os médicos. Conforme Miceli,

Se hoje é esperado que os pacientes sejam participativos, corresponsáveis por seus tratamentos e recuperação e que se deem conta do poder que eles

têm, individual e coletivamente, espera-se que os médicos sejam estudiosos, bem informados, experientes, sinceros, empáticos, sensíveis, atenciosos, compassivos, perspicazes, bem treinados, hábeis em compartilhar informações e decisões com os pacientes, compreendendo o que estes querem e o que não querem e ajudando-os a expressar suas crenças, preferências e receios, disponibilizando tempo suficiente para isso.

Em outro momento de sua dissertação, Miceli (2009) afirma que os pacientes que expressam mais suas preferências e preocupações e que fazem mais perguntas possibilitam ao médico prover mais informações, acomodar pedidos e oferecer suporte, o que legitima “um contínuo envolvimento do paciente. Isto reflete a dinâmica da reciprocidade comunicacional e a mútua influência nos encontros” (p. 86-87). De outro lado, ela descreve quais seriam os pacientes indesejáveis do ponto de vista do médico e que por essa razão podem não receber atenção e tratamento adequados.

Ainda que o estudo de Miceli aborde a conjuntura da relação médico-paciente do ponto de vista tanto dos “direitos e deveres” do paciente quanto dos do médico, grande ênfase é dada ao sofrimento dos profissionais envolvidos diariamente com a comunicação de notícias difíceis e até mesmo com as perdas constantes (mortes) de seus/suas pacientes em outros estudos. A seguir ilustro um em particular, que chama a atenção pela notoriedade recebida quando da sua publicação e pelo seu alcance.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) lançara, em parceria com o hospital Albert Einstein, no Rio de Janeiro, o livro *Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde*. Conforme noticiado no dia 19/03/2011 no site Clic RBS, para citar um veículo de comunicação, o livro foi classificado como uma “cartilha das más notícias”, e dez mil exemplares teriam sido distribuídos às redes vinculadas ao Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS).

Nada de novo há no fato de existir um manual prescritivo na área médica. Dentro da formação nas áreas da saúde, em particular, no curso de Medicina, há a disciplina de

Semiologia, cujos manuais discorrem sobre a “necessidade de conversar com o paciente”, sobre a importância de ouvir, sobre formas de perguntar, etc (GAZITÚA, 2007, a título de exemplo). Ainda assim, o manual – ou *cartilha*, como está sendo chamado – para a comunicação de notícias difíceis na oncologia é, até certo ponto, inovador. No contexto de saúde brasileiro, é louvável a mobilização de uma pesquisa para se pensar algo tão difícil como a comunicação de más notícias na situação de uma doença que já carrega no próprio nome conotações de desesperança.

Entretanto, o estudo que originou a cartilha deu atenção quase unicamente aos relatos das equipes médicas pesquisadas, em reuniões semanais, sobre sua dificuldade interacional e sua sobrecarga emocional ao comunicar notícias difíceis (INCA, 2010). Parafrazeando uma coordenadora da pesquisa, a luz foi dada primordialmente ao *cuidado com o cuidador*, ou seja, no centro do estudo estão os profissionais da oncologia (INCA, 2010, p. 24). Assim, tal pesquisa não levou em consideração as ações e os entendimentos construídos conjuntamente na interação por oncologista e paciente nesses momentos, via dados naturalísticos, como é o caso da presente pesquisa. Dessa forma, a cartilha, subproduto do estudo, baseia-se muito mais em impressões contidas nos relatos (do que seja adequado fazer naquele momento) construídas pelo grupo de trabalhadores pesquisado, do que em práticas exemplares, com dados naturalísticos, que tenham dado certo com membros da equipe por surtirem efeitos positivos nos pacientes. Houve inclusive o uso de atores e de robôs em determinadas etapas da pesquisa cujo objetivo era a observação das reações de médicos residentes no momento da comunicação de notícias difíceis.

Não vejo como possível uma abordagem dessa forma trazer muitas contribuições à comunicação médico-paciente, justamente porque temos que considerar pelo menos duas pessoas, dois interagentes, dois sofrimentos. Se o médico sofre diariamente na comunicação de más notícias, o paciente que está em tratamento ou que está sendo diagnosticado também

sofre, possivelmente muito mais. As duas partes sofrem, de diferentes formas. E o sofrimento não é apenas fisiológico e psicológico, mas ele é social, para usar um conceito da Antropologia do Corpo e da Saúde, ou seja, “caracterizado pela indissociabilidade das dimensões físicas, psicológicas, morais e sociais do mal estar” (VICTORA, 2011, p. 3).

Além disso, a área que acabou se encarregando da questão da comunicação de más notícias no câncer e, portanto, da relação oncologista-paciente, também foi a Psicologia, constituindo um campo novo chamado Psico-oncologia. Esse campo aponta para a interação como fator importante na relação entre pacientes e oncologistas e, portanto, na comunicação de notícias difíceis.

Maria Margarida Carvalho (2002), importante pesquisadora da área de Psicologia da USP, discorre a respeito da trajetória da Psico-oncologia no Brasil mostrando uma ideia mais geral do quadro dessa área. A autora lembra que o desenvolvimento e as melhorias na área da oncologia no início do século XX e os novos tratamentos que surgiam passaram a modificar a visão do câncer como uma sentença de morte. Porém, ainda que para os médicos muita coisa tenha mudado ao longo desse último século, para os pacientes o câncer ainda desperta a iminência da morte. A autora explica que “as equipes formadas por psiquiatras e psicólogos só começaram a ser requisitadas pelos oncologistas a partir da década de 1970, inicialmente com o objetivo de auxiliar o médico na dificuldade da informação do diagnóstico de câncer ao paciente e sua família” (2002, p. 2).

Carvalho salienta que uma das frentes da Psico-oncologia se ocupa em estudar os efeitos de estados emocionais e sua relação com o câncer (estresse combinado à depressão, por exemplo, debilitaria o sistema imunológico e possibilitaria a formação de novos tumores). Outra frente é a de cuidado dos pacientes, com apoio psicossocial e psicoterápico ao paciente e sua família, visando a uma melhor forma de enfrentar o problema, o que poderia levar a uma sobrevivência maior e a um aumento nas chances de cura.

A autora conta que, no Brasil, o movimento da Psico-oncologia iniciou a partir de eventos com vistas a desenvolver a área, como o Encontro Brasileiro de Psico-oncologia de 1989, e depois o I Congresso Brasileiro de Psico-oncologia, em que estavam presentes profissionais que realizavam atendimentos psicossociais em instituições e desenvolviam pesquisas em hospitais. A Psico-oncologia é considerada uma área de atuação multidisciplinar, mas no Brasil ela é desenvolvida majoritariamente por psicólogos.

Carvalho ressalta que, a partir da fundação da Sociedade Brasileira de Psico-oncologia, uma definição da área foi então apresentada:

A Psico-Oncologia representa a área de interface entre a Psicologia e a Oncologia e utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico proveniente da Psicologia da Saúde para aplicá-lo:

1º) Na assistência ao paciente oncológico, sua família e profissionais de Saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença;

2º) Na pesquisa e no estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência, da recuperação e do tempo de sobrevivência após o diagnóstico do câncer;

3º) Na organização de serviços oncológicos que visem ao atendimento integral do paciente, enfatizando de modo especial a formação e o aprimoramento dos profissionais da Saúde envolvidos nas diferentes etapas do tratamento.

(CARVALHO, 2002, p. 4)

A Psico-oncologia critica o modelo estritamente biomédico, porque este não admite que haja qualquer relação “psicossomática na origem e no processo de câncer” (CARVALHO, 2002, p. 6), deixando sem explicação a maioria das perguntas sobre o porquê de os cânceres se desenvolverem e de maneiras diferentes entre as pessoas. Entretanto, há que se pontuar que a Psico-oncologia atual vai muito além da problematização do “psicossomático”. Além disso, aponta para a dificuldade na comunicação como um dos entraves a uma bem-sucedida relação médico-paciente.

É esse o tópico, as dificuldades de comunicação, que Daniela Bianchini e Elisa Castro (2014) discutem com seu estudo sobre as percepções de pacientes quimioterápicos de vários tipos de câncer a respeito da sua comunicação com os profissionais da saúde em três momentos distintos (antes do diagnóstico, na confirmação do diagnóstico e durante o tratamento quimioterápico). Houve pacientes, nos três momentos, que relataram a falta de um suporte emocional pelo médico, o que consiste, resumidamente, na “disposição do profissional para fornecer orientações para a resolução de problemas e aconselhamento acerca de preocupações do paciente que não sejam de ordem física, relacionados ao bem-estar do paciente” (2014, p. 9).

Outro tópico muito interessante em artigos científicos da área é a crítica a elementos da “psicologia popular”, isto é, a auto-ajuda, e como eles afetam os envolvidos. James Coyne, Howard Tennen e Adelita Ranchor (2010) tecem uma crítica a trabalhos do tipo, lembrando que não há evidências científicas de que a positividade ou “ser positivo” possa de fato combater o câncer, ideia propagada por muitos. Os autores lembram que não é nesse dualismo ser positivo-ser negativo que deve residir a percepção e o entendimento do câncer, mas na busca do realismo, que seria entender riscos, ter coragem para encarar notícias difíceis e estar preparado para as situações vindouras. Sue Wilkinson e Celia Kitzinger (2000), pesquisadoras de gênero social na fala-em-interação, também possuem críticas a tal abordagem, sugerindo que ela produz a culpabilidade para o indivíduo que passa pelo processo do câncer, neste caso mulheres com câncer de mama (2000).

Depois de discorrido sobre a relação médico-paciente no contexto da oncologia no Brasil e sobre a Psico-oncologia, tratarei a seguir de estudos que veem a interação e a comunicação como locus da relação médico-paciente. Esses estudos são em sua maioria estadunidenses ou europeus (Inglaterra, Suécia, Finlândia) e preocupam-se com o âmbito

discursivo-interacional, como a abordagem da Análise da Conversa ou análise da fala-em-interação, utilizada neste estudo.

2.4 A interação e a comunicação em consultas médicas e oncológicas

Há uma infinidade de estudos estadunidenses e europeus sobre a relação médico-paciente, muitos tomados do ponto de vista da comunicação e interação como o centro, o constituidor dessa relação. Esses estudos se valem de abordagens da fala-em-interação como a Análise da Conversa (SACKS, 1992; SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974), como é o caso deste trabalho, e de abordagens afins. Os temas não diferem muito do que tem sido feito no contexto brasileiro. O que muda é a idade dessas pesquisas, suas interfaces e principalmente o aprofundamento consequente do olhar microanalítico, que se distancia de visões comportamentalistas. Assimetria e autoridade na relação clínica (MAYNARD, 1991; PERÄKYLÄ, 2002; FISHER, 1984); comunicação médico-paciente mais humana, com cuidado mais efetivo e centrado no paciente (BARRY et al. 2001; RUUSUVUORI, 2005); poder e dominação no consultório médico em função do modelo biomédico, e não psicossocial (MASEIDE, 1991; RUUSUVUORI, 2000); autoridade e explicabilidade na entrega de diagnóstico (PERÄKYLÄ, 1998) são alguns.

Uma vez que esse ramo de pesquisas já tem certa tradição, somando mais de trinta anos de existência, muitos outros focos analíticos já puderam ser vistos na relação médico-paciente, com a explicitação de estratégias interacionais de ambos, médicos e pacientes, e com detalhamento aprofundado de suas práticas e ações. Explicação sobre a doença e atribuição de causa aos sintomas e problemas de saúde (GILL; MAYNARD, 2006); o riso na interação médico-paciente (HAAKANA, 2002); o diagnóstico “leigo” (BEACH, 2001; FRANKEL, 2001); o olhar que significa escuta ativa e engajamento do médico

(RUUSUVUORI, 2001); a sequência de comunicação de más notícias entre médico e paciente (MAYNARD, 1991; 1995; MAYNARD; FRANKEL, 2003); o resíduo de sintoma na comunicação de boas notícias (MAYNARD; FRANKEL, 2006); a relação entre a emoção e a fala em contextos de atendimento médico (KOVARSKY; SNELLING; MEYER, 2005), para citar alguns.

Assim, a partir de estudos de fala-em-interação (SACKS, 1992; HERITAGE; MAYNARD, 2006), podemos olhar para o que acontece de fato nessa relação médico-paciente, que está sendo apontado como problemático pelos próprios médicos pesquisadores brasileiros, com um olhar microanalítico. Além disso, a Análise da Conversa seria uma maneira de se construir manuais e instruções aos/às médicos em formação, baseados em práticas reais bem-sucedidas do ponto de vista interacional (PERÄKYLÄ; VEHVILÄINEN, 2003).

No Brasil, a análise da fala-em-interação é ainda pouco utilizada em contextos de saúde, menos ainda na relação médico-paciente. Ana Ostermann e Stela Meneghel (2012) apresentam essa “nova” abordagem para a área da saúde em seu livro. Todos os capítulos organizados pelas autoras utilizam a Análise da Conversa em situações de atendimento na saúde, seja em consultas ginecológicas e obstétricas, seja em consultas psicológicas.

A partir da visão dos estudos de fala-em-interação na área médica, sabe-se que uma comunicação mais efetiva entre médicos e pacientes pode contribuir para a qualidade do tratamento e até para uma melhora da saúde do paciente (OSTERMANN, 2005, p. 2). Resultados positivos nos cuidados à saúde também podem ser relacionados à qualidade da interação entre médicos e pacientes (CANDLIN; CANDLIN, 2002). Fala-se até mesmo em “dar voz ao paciente”, o que entendo como dar espaço e utilizar-se de estratégias interacionais para que o outro consiga expressar suas ideias e seus anseios, o que, conforme os estudos, pode ser a chave para que ele adira ao tratamento (HALPERN, 2007 – sobre empatia;

BECKMAN; FRANKEL, 2003). Ou seja, o tratamento, bem como o diagnóstico, na verdade, precisam ser *construídos* com o paciente, respeitando e considerando o seu perfil, suas visões de mundo e seu conhecimento leigo.

Também nesse contexto estadunidense e europeu, há bem mais tempo, existem estudos que salientam a importância de se pensar e planejar um momento tão delicado e definitivo em termos de adesão e de saúde mental e psicológica dos pacientes: a comunicação de más notícias no câncer (MAYNARD, 1992; LUTFEY; MAYNARD, 1998; MAYNARD; FRANKEL, 2003; BECKMAN; FRANKEL, 2003; BEACH, 2005; EGGLY, 2006; MAYNARD; FRANKEL, 2006). Uma boa quantidade desses estudos também utiliza-se da abordagem da Análise da Conversa (SACKS, 1992; SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974), em uma visão teórica de que a consulta médica é um evento construído conjuntamente pelos seus participantes.

Beach et al. (2005, p. 902) mostra, por exemplo, com sua pesquisa, que muitas vezes um paciente pode “convidar” o médico a entender e responder suas dúvidas e seus receios afirmando em sua fala que possui conhecimento insuficiente (quando o paciente fala sobre um sintoma, ou quando tenta dar uma explicação para algum problema seu). O paciente pode ainda, conforme Beach, fazer especulações sobre o seu problema, o que também é uma forma de explicitar seus receios com relação ao câncer.

Igualmente, o paciente pode demonstrar seus receios através de respostas que vão além daquilo que foi perguntado pelo médico em um turno de fala anterior (BEACH, 2005, p. 905). O médico acaba restringindo o espaço para o paciente expressar suas dúvidas e medos se ele não explora essas falas dos pacientes. Como Frankel afirma, quando há informação que o paciente não conseguiu expressar, o diagnóstico médico corre muito mais riscos de ser rejeitado (2001, p. 98). Um médico que demonstre interacionalmente que está ouvindo e

considerando o que o paciente está falando contribui para a satisfação do paciente com o próprio médico e com o tratamento.

Contar histórias de pessoas que foram diagnosticadas com câncer e fazer referências indiretas ao câncer e seus sintomas (como, por exemplo, não nomear a doença com a palavra “câncer”) estão entre as atividades que, segundo Beach, os pacientes podem fazer quando implicitamente demonstram seus receios (2005, p. 905). Beach também identifica pouca receptividade dos médicos para as expressões de emoção do paciente, juntamente com um roteiro pré-estabelecido nas consultas, que não leva em consideração as questões psicossociais do paciente, i.e., o que discuti na primeira subseção.

Muitos pontos na interação entre oncologistas e pacientes mulheres podem evidenciar essa preocupação, ou não, dos médicos em promover a autonomia da paciente durante o processo de tratamento e cura. Alguns deles são: o médico demonstra empatia com a situação da paciente? Como isso fica evidente na interação? (RUUSUVUORI, 2005). Como os médicos conversam com as pacientes com relação à decisão sobre a melhor forma de tratamento? Essa decisão é bilateral ou unilateral? (COLLINS et al, 2005). Como a assimetria é construída quando um oncologista diz que irá responder determinada pergunta depois mas não a responde, e a pergunta não é produzida outra vez pela paciente (ROBERTS, 2000). Como o médico dá a notícia de que a doença já não tem mais como ser tratada? E como a paciente reage à notícia? (LUTFEY; MAYNARD, 1998). Como a paciente expressa emoção e como o médico lida com essa emoção? (EIDE et al, 2004). Como as pacientes demonstram seus receios (medos e/ou dúvidas) com relação ao câncer e como os médicos respondem a eles? (BEACH et al., 2005), entre outras questões. Como se pode imaginar por essas questões, certamente a maneira pela qual o médico trata tais demandas da paciente irá refletir em como a paciente vivencia a experiência do câncer.

Um dos trabalhos que fortemente evidenciam esse aspecto no contexto de atendimentos oncológicos é o desenvolvido por Howard Beckman e Richard Frankel (2003). Em determinada etapa de sua pesquisa, a título de exemplo, eles olham para as cartas que alguns/mas pacientes escreveram sobre sua comunicação com seus/suas médicos, contando como foi dado o diagnóstico de câncer. Os autores puderam notar que praticamente todos os pacientes traçam comentários sobre uma “insensibilidade” do médico nesse momento, causando muita ansiedade e muitos transtornos ao/à paciente e a sua família que talvez pudessem ter sido evitados.

Dessa forma, os autores, que são médicos e também professores na área, passaram a elaborar um currículo para os estudantes que abarca mais profundamente as questões de comunicação médico-paciente. Há ali disciplinas que permitem que os estudantes e residentes reflitam sobre suas práticas e discutam suas dificuldades em lidar justamente com esses momentos mais delicados que existem em seu dia-a-dia como médicos. Beckman e Frankel (2003) salientam a importância dessa preocupação em mostrar as práticas bem sucedidas desde sempre na formação dos médicos, e não somente em disciplinas classificadas como as psicossociais na Medicina.

Ainda que o modelo estadunidense de educação em saúde fique atrás quando comparado aos modelos australiano e canadense, conforme afirmado pelos autores (BECKMAN; FRANKEL, 2003), há pelos menos uma crescente demanda nos estudos de comunicação médico-paciente, com mudanças sendo pensadas para a prática a partir dessas pesquisas (HERITAGE; MAYNARD, 2006; HERITAGE; ROBINSON, 2011).

Além desses estudos, há os estudos de comunicação de más notícias, que constituem a maior parte dos materiais que se encontra sobre comunicação no contexto do câncer, o que também acontece no Brasil. Os pesquisadores da área médica que se interessam pelo tópico são praticamente unânimes em perceber que o médico precisa de estratégias interacionais para

passar pelo momento da comunicação de más notícias e de formação profissional extra no assunto (GIRGIS; SANSON-FISHER, 1995; EGGLY et al., 2006; BAILE et al. 2002). A questão é que a maioria desses pesquisadores não está olhando para gravações desses momentos, e sim para o que se pode dizer *post factum*. Segundo relatam Fallowfield e Jenkins (2004), em um levantamento dos estudos na área da comunicação de más notícias, a maioria ocupa-se de *guidelines* que dizem o que o médico precisa fazer para passar pelo momento de comunicar notícias difíceis ao paciente baseadas não em interações reais, mas em modelos ideais e em um paciente ideal. Os estudiosos realizam inclusive *workshops* com médicos para desenvolver a habilidade, mas utilizam-se, em sua maior parte, de encenações do momento de comunicação de más notícias, muitas vezes com a participação de atores. E, para avaliar as novas habilidades dos médicos em treinamento, aplicam questionários. Nunca vão gravá-los em seu consultório.

Ha vários pesquisadores da fala-em-interação que já se ocuparam da comunicação de más notícias (FRANKEL, 2001; HEATH, 1992; HERITAGE; STIVERS, 1999; LEPPÄNEN, 1998; MAYNARD, 1989; MAYNARD; FRANKEL, 2003; PERÄKYLÄ, 1998; SILVERMAN, 1997; STIVERS, 1998). Douglas Maynard é um dos pesquisadores que se especializou no assunto, também comparando a comunicação de notícias difíceis no contexto médico-paciente à comunicação de notícias difíceis na vida cotidiana (MAYNARD, 1998). Sobre as más notícias, ele salienta que uma das práticas menos problemáticas nesse momento seria produzir evidência e ir levando o outro a inferir a má notícia, preparando-o para o que irá ouvir. Já Gill e Maynard (1995) mapeiam tipos de estratégias utilizadas pelos médicos no momento da comunicação de más notícias e mostram que o momento é altamente construído pelo outro. Os profissionais em questão no estudo vão calibrando a maneira como conduzem a entrega da notícia difícil de acordo com as reações dos pacientes (nesse caso, pais e mães de crianças diagnosticadas com algum tipo de deficiência mental).

Nos estudos de fala-em-interação na comunicação médico-paciente, a comunicação de notícias difíceis, mesmo no contexto do câncer (MAYNARD; FRANKEL, 2003; MAYNARD, 2006), já foi então contemplada, mas pouco se falou sobre as interações médico-paciente no contexto do câncer nos desdobramentos após o diagnóstico. Sandén et al. (2001) apontam essa ausência nos estudos sobre comunicação no contexto do câncer. Na sequência, mostram então seus achados, discorrendo sobre a rotinização percebida nessas consultas e o seu impacto para o paciente ao trazer tópicos delicados para a interação.

Nessas consultas de revisão e acompanhamento, Sandén et al. (2001) constatam que não há mais uma razão urgente para o atendimento e o tempo da consulta é mais limitado. Outra característica é que a estrutura dessas consultas e a *agenda do tratamento do câncer* já se tornaram conhecidas do paciente, e o procedimento é basicamente o médico perguntando e o paciente respondendo – aspecto reverberado por Margaret Rogers e Chris Todd (2010), em seu trabalho sobre a “agenda da dor” nas consultas oncológicas, e também por Felicia Roberts (2000), sobre o atraso e até mesmo a ausência de respostas aos pacientes de câncer devido à agenda médica. Esses fatores somados limitariam a iniciativa dos pacientes em trazer um tópico delicado – ou até mesmo qualquer tópico diverso do usual – para a interação.

Também fora dos momentos de más notícias, Felicia Roberts (1999) investiga as recomendações de tratamentos adjuvantes no contexto do câncer de mama. A autora chama a atenção para as práticas argumentativas no processo de recomendar dos médicos. Práticas como (i) mitigar características negativas dos tratamentos (como a própria incerteza da sua efetividade) ou da doença em si (possibilidade de retorno da doença mesmo com os tratamentos adjuvantes) e (ii) reforçar e trazer mais evidências frente a uma resistência da paciente em aderir ao tratamento foram alguns dos aspectos que Roberts observou nas interações que gravara em áudio. No Capítulo 5 do presente estudo, a análise possui

tratamento semelhante ao de Roberts, porém no contexto brasileiro aqui investigado notou-se pouca ou nenhuma resistência às recomendações dos médicos.

Robinson et al (2013), também em contexto pós-diagnóstico do câncer de mama, investigam como algumas ações interacionais de cirurgiões da mama afetam a percepção de satisfação da paciente e acabam por ajudar na diminuição da desesperança. Schaepe e Maynard (2013) ocupam-se da reflexão sobre como as novas más notícias, ou seja, durante o tratamento de pacientes de câncer, também precisam de atenção pelos oncologistas e maior tratamento na literatura. Gill (2013)⁶ trata dos processos decisórios pós-diagnóstico entre oncologistas e pacientes no contexto do câncer de mama.

Apesar de todos os tópicos de estudo mencionados aqui em contextos estadunidense e europeu, conforme Beach e Anderson (2003), a literatura revela que a atenção maior ainda é bastante dada às experiências *reportadas pelos indivíduos* que sofrem ou já sofreram de câncer, com relativamente poucos estudos que investigam a interação entre oncologistas e pacientes propriamente dita e as ações que esses participantes produzem quando estão na atividade de cuidar e receber cuidados. Ou seja, é somente por meio de dados naturalísticos que será possível saber-se como realmente acontece a comunicação entre médicos oncologistas e pacientes, principalmente se pensarmos que a escassez de pesquisa interacional nessa área no Brasil agrega muita relevância a estudos da interação oncologista-paciente. Neste estudo, os dados não são a respeito de comunicação de más notícias, e sim de consultas de revisão, em que vejo essa rotinização mencionada anteriormente e a dificuldade envolvida com a expressão de tópicos delicados nesses momentos.

⁶ Comunicação pessoal.

2.5 O modelo biomédico visto pela Antropologia da Saúde – controle, normalização, biopoder

Glyn Elwyn (2005) parte da descrição de Patrick Byrne e Barrie Long sobre a estrutura da consulta médica nos anos de 1970, período em que se começou de fato a olhar para esse evento. Os achados desses estudiosos mostraram que era o médico que conduzia boa parte ou praticamente tudo o que se passava na consulta, e que a maneira compartilhada de se fazer a consulta, com engajamento ativo também da parte do paciente, era muito difícil de ser vista. Ela conta que foi George Engel, um cientista clínico da Rochester Medical School, nos Estados Unidos, quem primeiro começou a questionar o modelo biomédico da prática utilizando a expressão “modelo biopsicossocial”.

Esse modelo tinha como base o pensamento de se levar em consideração a perspectiva do outro na aplicação da ciência; ou seja, pensar o outro não só como um corpo, um objeto, o que se critica no modelo biomédico, mas como um indivíduo inserido no mundo social. Ao mesmo tempo, no Canadá, enquanto outro conceito estava surgindo, o de centralidade no paciente, ou consulta centrada no paciente, um grupo específico de pesquisadores médicos passou a utilizar a gravação em vídeo das consultas para pensar a sua performance profissional. Eles puderam assim adicionar uma dimensão prescritiva ao modelo biopsicossocial, garantindo que uma boa prática deveria estar orientada à realização de algumas tarefas, conhecidas como tarefas Pendleton (batizadas com o nome de um psicólogo), porém ainda assim faltava a dimensão de “como fazer”, de como colocar em prática tais prescrições.

A autora aponta que a lacuna entre teoria e prática abre uma discussão entre prescrito e descrito (entre o que deve ser e o que de fato é) e também sobre as limitações de uma visão simplista da consulta médica que considera que é papel exclusivamente do médico transformar sua relação com o paciente, como se este não tivesse nenhuma participação ativa

na relação. A autora prossegue relatando que, nos anos 90, o primeiro modelo que começou a lidar com um pouco da incerteza que permeia a prática médica (aqui novamente indo de encontro ao modelo exclusivamente biomédico) foi o modelo da tomada de decisão compartilhada, com foco nas preferências pessoais do paciente. O médico então se torna a pessoa que irá detalhar os riscos e benefícios dos processos, mas que irá fazer as escolhas junto com o paciente, e assim a ênfase é no seu empoderamento.

Nas palavras da autora, um “deslocamento do poder está tomando lugar” nessas últimas duas décadas (ELWYN, 2005, p. 289). Dessa forma, pode-se repensar o conceito de Foucault (1988) de biopoder, que, grosso modo, trata do poder reafirmado pelo discurso nas práticas médicas e intermediado por ações do Estado sobre a população. A autora faz lembrar que esse poder enfraquece agora na pós-modernidade, mais híbrida, mais diversa, com muito menor lugar para a manutenção da ideologia ora dominante da racionalidade e da autoridade.

O que pode-se notar é uma diminuição do valor simbólico antes atribuído à detenção do conhecimento, uma vez que mais pessoas têm acesso a esse conhecimento. Isso leva, como afirma a autora, a múltiplas vozes na consulta pós-moderna, como a “do paciente, da família do paciente, da rede de contatos do médico, do próprio médico, do sistema continuado de educação médica, das prescrições, da medicina baseada em evidências, das organizações de consumo, da indústria farmacêutica, dos grupos de paciente, da Internet, da mídia, da indústria tecnológica médica” (ELWYN, 2005, p. 290), etc.

Como visto, entender as visões da antropologia sobre o modelo biomédico torna-se bem importante neste estudo. Outro ponto da biomedicina que é criticamente considerado na visão da antropologia é o *ouvir* o paciente. Alguns estudos apontam que isso não é de fato o que acontece, pois, na verdade, tira-se algo dele. O que ele contar pode levar ao diagnóstico, que é o que está em jogo apenas e que tem a ver com desvendar a doença em termos biomédicos, objetificados (*disease*) – em contraponto a *illness*, que é a doença como problema

sentido por um sujeito –, distanciando-se da visão da doença como sofrimento social (VICTORA, 2011).

É justamente essa visão biomédica que Seth Holmes e Maya Ponte (2011) discutem, tratando de como a experiência subjetiva e caótica de doença do paciente é transformada em algo reconhecível e diagnosticável pelos médicos. Assim, “en-case-ing the patient”, expressão que dá nome ao artigo, é transformar o indivíduo e suas experiências únicas em um caso genérico de alguma doença específica. Ao mesmo tempo, esse mesmo momento de “en-case-ing” o paciente é também lócus de transformação do estudante de medicina em um reconhecido *trainee* profissional médico.

O que se vê nos dados etnográficos trazidos pelas autoras é justamente uma não-validação da narrativa do estudante médico que leva em conta informações mais subjetivas do relato dos pacientes, e que é, por consequência, mais incerta. A narrativa validada (e, portanto, o estudante validado e considerado o modelo) é o que constrói a paciente dentro de um modelo biomédico, com informações objetivas de nomes de sintomas, histórico de doenças e exames já realizados.

Essa narrativa do aluno tido como modelo (aluno um pouco mais antigo no curso) também é construída como menos incerta e apresenta mais forte e objetivamente a sugestão de diagnóstico e de tratamento para o caso médico em questão naquele contexto. As autoras pensam tais aspectos nos seus dados em termos de uma “biomedicalização do sofrimento humano”, quando se esvaziam seus aspectos políticos, morais e sociais em prol da estatística, da objetivização e da racionalização. Dessa forma, *diseases* são encaradas pela medicina como entidades que existem independentemente da sua característica como *sickness*, *illness*, manifestações únicas e particulares de pessoas *humanas*.

Além disso, segundo as autoras sugerem, a prática de *en-case-ing the patient* contribui para o equilíbrio esperado do fator de preocupação que um bom profissional deve ter, que

deve ser o mínimo para que o foco não se torne a vida do paciente, mas sim seus problemas de saúde, de um ponto de vista biológico, “retirando-se” dele, então, o necessário para diagnosticá-lo, e não de fato prestando ouvidos interessados na sua situação como um todo.

Frutíferos *insights* também traz o texto de Alexander Green, Emilio Carrilo e Joseph Betancourt (2002) ao mostrar que os médicos estão trabalhando com um modelo de doença e de cuidado diferente do modelo dos pacientes. A má comunicação entre médico e paciente, e até mesmo a problemática da não-aderência a tratamentos, surgiriam daí. Os pacientes seguem modelos explanatórios para o entendimento das suas doenças, que representam sua conceitualização pessoal sobre o problema, sua causa, seu curso, suas consequências. Essa representação está arraigada no seu mundo social e cultural. Já os médicos seguem um modelo baseado na doença como achado fisiológico, “vendo os indivíduos como casos e desvalorizando o aspecto sociocultural e humano do cuidado com o paciente” (2002, p. 1).

Como ilustração, o estudo de Linda Hunt (1998) focou em sua etnografia as crenças que médicos e pacientes envolvidos com o câncer possuem de que as mulheres “adquiririam” o câncer em função de comportamentos tidos como “errados”, como “adultério, hedonismo, violência doméstica, promiscuidade” (p. 298). A autora traz alguns estudos para explicar que isso acontece pela necessidade das pessoas de uma busca de um motivo para as doenças sérias, já que do ponto de vista biomédico as doenças e suas causas seriam arbitrárias. Isto é, conforme Good (apud HUNT, 1998), o profissional médico, e o campo médico em geral, faz sempre o movimento de interpretar os fatos da narrativa do paciente retirando-os de uma “experiência pessoal em desordem” (p. 8) e reorganizando-os como uma “fisiologia em desordem” (p. 8). Assim, aspectos da doença que realmente fazem parte de uma experiência desordenada são racionalizados pela biomedicina.

Esse percurso de racionalização é, em certa medida, bem-vindo; digamos que o paciente procurou ajuda médica porque ele precisava dessa “certeza”, desse entendimento.

Porém, após essa certeza diagnóstica, o percurso toma, para o paciente, o rumo de ir ao encontro da causa da doença, remontando a características de sua experiência de vida que dão sentido à experiência da doença. Essa necessidade é que acaba gerando uma atribuição das doenças sérias a aspectos da moralidade do indivíduo, como Linda Hunt mostra em sua etnografia, baseados em construtos morais da realidade local pesquisada.

Não posso deixar de fazer uma relação do que Hunt aponta nesse artigo com o controle a que as mulheres estão submetidas por meio dos exames e dos acompanhamentos periódicos da sua saúde. Faltar com o compromisso de ir ao médico periodicamente, por exemplo, também seria uma falha moral, conforme aponta Patricia Kaufert (2000) em seu estudo sobre o exame conhecido como papanicolau e também sobre a mamografia. Ela olha para as construções discursivas de grupos dentro da saúde, de um lado os epidemiologistas, que cuidam da realização de pesquisas para fazer emergir as estatísticas nas quais irão basear as recomendações de idade para uma mulher começar a realizar mamografia, por exemplo. De outro lado, médicos clínicos e radiologistas, que, por interesses financeiros ou outros fatores, como crença na sua infalibilidade e no seu poder de curar, recomendam o início da realização periódica da mamografia para antes da idade prevista pelos epidemiologistas.

Em palestra com uma mastologista e uma nutricionista do grupo Imama de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, pude observar que os exames médicos periódicos são altamente enfatizados pelas profissionais, tal como se observa na mídia ou até mesmo em relatos de mulheres culpabilizando-se por estarem atrasadas com seus exames e consultas de rotina. Contudo, a mastologista em questão em nenhum momento enfatizou a importância do auto-exame; pelo contrário, seu discurso apontou para um deslocamento cada vez maior do auto-exame das mamas como estratégia de prevenção e detecção precoce para a construção do exame clínico no consultório médico, feito por ginecologista ou mastologista, como mais seguro e eficaz, como o exame que deve ser adotado preferencialmente pelas mulheres.

Uma das explicações dadas pela médica nessa palestra foi a de que as mulheres muito provavelmente podem não saber reconhecer um nódulo em meio às características da mama, que é cheia de ondulações. Ou podem confundir as características normais do tecido mamário com nódulos e ficarem apreensivas, o que causaria pânico desnecessário. Há então essa construção de um discurso de cuidado com o perigo (não se baseie no auto-exame porque ele pode te enganar), criando com isso o que Patricia Kaufert (2000) chama de um corpo que pode enganar, ou seja, um corpo que não é aliado, mas sim fonte de problema, que, portanto, precisa de controle *biomédico*.

Aliado a esse fator discursivo, há dados que são projetados em uma tela sobre estatísticas de morte, sobre porcentagens de cura dependendo do tamanho do nódulo na sua descoberta e sobre proporções de mulheres que serão afetadas pelo câncer nos próximos anos – e quantas delas irão morrer. A impressão é então de completa impotência – e também de pavor – diante das estatísticas; contudo, ao mesmo tempo, constrói-se, novamente pelo discurso, uma impressão da medicina como uma possível salvação, que pode impedir que as membras da plateia venham a engrossar as tristes e temidas estatísticas.

O aspecto biomédico e de normalização dos corpos também podem ser subvertidos pelos pacientes, ainda que individual e simbolicamente. Em seu estudo, Kristin Langellier (2001) entrevistou mulheres que sobreviveram ao câncer de mama. Na narrativa de uma delas, escolhida para sua análise, a autora se depara com a construção discursiva da tatuagem que fizera sobre a cicatriz da mastectomia como uma forma de demonstrar proatividade e de se opor à falta de controle sobre o corpo que a doença traz – “falta de agentividade”, nas palavras da autora (p. 147). A participante em questão não permite que seu corpo seja reconstruído pela medicina com próteses mamárias que a “normalizariam”.

Além disso, a sua narrativa mostra as reações das pessoas a sua tatuagem, e grande espaço é dado no seu relato para as reações dos médicos que a viram após a tatuagem (sua

ginecologista, seu oncologista, um cirurgião e outros estudantes e profissionais da saúde), enfatizando que praticamente todos ficaram surpresos com sua coragem e gostaram da ideia de poder contar a experiência dela a outras pacientes. A autora considera a tatuagem da narradora “como um símbolo de recuperação do seu corpo-self” (p. 171, minha tradução).

A visão da Antropologia da Saúde é importante para provocar uma reflexão crítica sobre o modelo biomédico, unindo-se às outras reflexões sobre a necessidade de um modelo – e suas devidas práticas – que englobe o indivíduo em todos os seus aspectos. Esse certamente é um dos grandes desafios para os profissionais de saúde e, como se pode observar, perpassa a linguagem.

Nesta revisão de literatura, abordou-se a relação médico-paciente do ponto de vista dos estudos *psi*, da Psico-oncologia, da interação social e da Antropologia da Saúde. Também foram abordadas a relação e a interação médico-paciente especificamente no contexto da oncologia. No próximo capítulo, passo a discorrer sobre a metodologia que foi utilizada neste estudo.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo, discorrerei sobre a metodologia utilizada neste estudo. Após tratar de Análise da Conversa e Análise da Conversa Aplicada, explicarei como foi a entrada em campo e a execução do projeto de pesquisa (subseção 3.1). Também faço uso de dois quadros explicativos nessa subseção. Já na subseção 3.2, passo a discorrer sobre Etnometodologia, Análise da Conversa e Análise das Categorias de Pertença.

Os dados deste projeto são naturalísticos, uma vez que essas interações acontecem independentemente da minha inserção no campo, e foram coletados em um hospital da rede privada da região sul do Brasil. As interações ocorridas nas consultas médicas foram gravadas em áudio e depois transcritas seguindo certas convenções (JEFFERSON, 1984), traduzidas e adaptadas pelo grupo de pesquisa *Fala-em-interação em contextos institucionais*, ao qual pertencem⁷. As consultas médicas foram gravadas na íntegra.

Os dados das consultas gravadas foram analisados de acordo com a abordagem teórico-analítica da Análise da Conversa (SACKS, 1992; PSATHAS, 1995; HUTCHBY; WOOFFITT, 1998; TEN HAVE, 1999), ou Análise da Fala-em-Interação, termo que adotei neste trabalho (DREW; HERITAGE, 1992). Vista através dessa abordagem, a consulta médica é examinada como um evento discursivo ou uma interação natural em que os enunciados são tratados como objetos sociais, ou seja, estruturas por meio das quais as pessoas organizam suas ações (DURANTI, 1997).

A análise da fala-em-interação é a abordagem utilizada em estudos quando se quer investigar como as pessoas constroem suas ações nas interações institucionais. Parte-se da análise sequencial da fala para ver os entendimentos que são construídos pelos interlocutores.

⁷ Algumas das interações foram *transcritas* pelas bolsistas do grupo de pesquisa citado em 2012 e então revisadas por mim.

Nesta visão, cada fala de um interlocutor carrega o entendimento que esta pessoa tem da última fala do seu interlocutor, e assim sucessivamente, numa *maquinaria* que consiste em uma troca de turnos de fala. Para a análise da fala-em-interação, é na troca de turnos e em cada turno em si que as pessoas constroem suas ações no mundo, e o lócus dessas ações é a interação. A abordagem teórico-analítica da Análise da Conversa (SACKS, 1992) não objetiva interpretar o que um participante quis dizer com determinado enunciado, mas sim presta atenção a como o outro participante (o interlocutor) percebeu esse enunciado, descrevendo as práticas por meio das quais os participantes realizam suas ações. Essa premissa da sequencialidade da fala é uma das principais na Análise da Conversa, e sempre relevante para os estudos da fala-em-interação.

O entendimento de ação possui papel central na sequencialidade. Atribuímos ações recém-produzidas pelo outro sempre na posição do turno seguinte em nossas conversas. Na verdade, entende-se que a conversa só é possível devido a esse pré-requisito de atribuições de ações de acordo com o que estamos ouvindo. Levinson (2013) explica que esse entendimento do que o outro está a produzir e a consequente atribuição da ação que ele está a construir se dá de maneira muito rápida, enquanto o primeiro falante está a produzir seu turno de fala. Assim, com base em elementos que já são compartilhados pelos falantes como sistema gramatical, entonação e outras características na produção dos sons, reconhecimento de elementos multimodais como gestos, olhares e direcionamento corporal e a relação entre esses elementos e dados contextuais e situacionais, conseguimos reconhecer determinada ação enquanto ela é produzida e instantaneamente agir a partir dela. A maior mostra de que realmente tudo acontece muito rápido é o fato de que, como falantes, conseguimos produzir até mesmo sobreposição de falas, muitas vezes antecipando nosso entendimento do que o outro ainda está a finalizar.

Dessa forma, pares de ações adjacentes se formam, e eles são a base do entendimento das ações para os analistas: falas concatenadas como pedido de informação-provimento de informação, convite-recusa, convite-aceite, avaliação-avaliação, etc, permitem que o analista tome como base a ação em resposta de um falante para chegar naquilo que ele entendeu da ação do primeiro falante. As ações e os pares adjacentes vão fazendo parte de um *repertório* dos falantes, o que também deve influenciar nessa rapidez da construção da interação.

Em estudos desse tipo, quando se inicia a coleta dos dados, o foco de análise não está definido, pois não há como prever o que emergirá, ou seja, que ações e que entendimentos serão construídos pelos participantes. Esse processo se chama *data-driven*, ou seja, são os dados que realmente dirigem o pesquisador a um foco analítico (OSTERMANN, 2005; OSTERMANN, 2012). Assim, depois de algumas interações gravadas, dá-se início ao processo de transcrição, e pode-se iniciar a observação dos fenômenos existentes na interação desses participantes.

O uso do gravador de áudio nas consultas médicas é uma ferramenta de coleta de dados amplamente utilizada nessa abordagem, com a maioria dos estudos realizada em países como Estados Unidos e Inglaterra. É uma abordagem relativamente nova em estudos no contexto de saúde do Brasil. Nesses outros países, já é comum também que câmera de vídeo seja utilizada, permitindo uma análise multimodal, que envolve gestos, olhares e direcionamentos corporais dos falantes (GOODWIN, 1986; SIDNELL; STIVERS, 2005).

Como dito, o projeto de tese pretendeu analisar, descrever essas interações no contexto oncológico. O olhar microanalítico, que, por um lado, não permite fazer grandes generalizações, permite que sejam descritas e observadas práticas reais – interacionalmente “bem-sucedidas” (ou não) – que podem então ser descritas e posteriormente utilizadas em formações profissionais.

Porém, além disso, o estudo em si se interessa por uma intervenção futura no local pesquisado, o que diz respeito à Análise da Conversa Aplicada (ANTAKI, 2011), perspectiva com a qual também me afilio. Assim, nas considerações finais incluo uma subseção em que comparo algumas das práticas descritas com intuito de ver o que parece funcionar e que poderia então ser exemplar. Um dos aspectos mais interessantes quando se pensa em Análise da Conversa Aplicada, conforme Richards (2005), é o de se ter em mente que essa forma de AC tem potencial para aperfeiçoar, refinar a prática profissional, mais do que para prescrevê-la. Ou seja, receitas não podem ser dadas, mas muito do que se vê nos dados naturalísticos, aspectos da maquinaria da conversa revelados por uma análise, podem servir para fazer a instituição e os profissionais refletirem sobre pontos nunca antes pensados.

Peräkylä (2011), experiente pesquisador da fala-em-interação em contextos de psicanálise e orientação psicológica, acaba por tratar disso com o relato de sua experiência profissional como psicanalista: o autor se depara com muitas características que ele mesmo tem ou deixa de ter na sua prática ao focar o olhar sobre ela *depois*, em um nível analítico que ele garante que não consegue atingir enquanto está na sua atividade de psicanalista. Essa é a prova de que a presença de um analista da conversa, mesmo em ambientes nos quais aparentemente não há “conflitos” interacionais, pode revelar muito das práticas e das ações que passam despercebidas por quem as realiza, justamente porque essa pessoa está muito ocupada com o conteúdo da atividade em si para conseguir garantir que a forma pela qual ela realiza a atividade também seja a melhor possível.

Se já há certa dificuldade para um analista da fala-em-interação em “controlar” suas práticas e ações em sua prática profissional, imagine-se o que acontece na prática dos profissionais que nunca ouviram falar de análise da conversa, ou análise da fala-em-interação, e que, portanto, talvez nunca tenham refletido sobre detalhes importantes da construção das relações sociais que acontece na fala. Assim, na verdade, apenas a reflexão inicial que os

resultados do estudo poderiam proporcionar a alguns profissionais já pode ser tomada como um primeiro nível de intervenção.

3.1 A entrada em campo e a execução do projeto de pesquisa

Quanto à entrada em campo, houve uma etapa bastante longa de tentativas de inserção em alguns hospitais e clínicas. Muitos profissionais da saúde foram contatados, vários e-mails foram enviados por mim e por minha orientadora – muitos nunca respondidos –, reuniões entre mim, pesquisadora, e alguns profissionais interessados na pesquisa foram realizadas. Um desses profissionais, oncologista-chefe em um grande hospital público e particular da região sul do Brasil, demonstrou bastante interesse, mas a pesquisa foi barrada antes mesmo de os trâmites iniciarem no comitê de ética dessa instituição: fui informada que funcionários do hospital não poderiam ser sujeitos de pesquisa. Apenas no desenrolar do segundo semestre de 2011 um hospital acabou abrindo as portas para a realização da pesquisa. Em reunião com o médico-chefe responsável pelo setor de oncologia dessa instituição, foi aprovada a realização da pesquisa, demonstrando-se muita vontade de colaborar com a instituição que represento, a Unisinos.

Os meses seguintes foram de entrega do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética da minha instituição e, depois de obter aprovação, ao Comitê da instituição de saúde pesquisada. A aprovação final e homologação do projeto somente aconteceu no mês de janeiro de 2012. No mês seguinte, fevereiro de 2012, tive um encontro com a responsável administrativa da oncologia para pensar em formas de sistematizarmos a coleta de dados.

Na etapa seguinte, a partir de março de 2012, comecei a contatar os oncologistas e mastologistas a partir de uma lista de nomes e e-mails que me foi passada pela responsável administrativa. Assim, nesse mês coletei assinaturas dos médicos nos Termos de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao todo, nove médicos participaram da pesquisa. Destes, sete são oncologistas (apenas duas oncologistas mulheres), e dois são mastologistas (um homem e uma mulher). A ideia da participação de mastologistas foi da própria responsável administrativa e teve meu aceite (e meu agradecimento) imediato. Há que se salientar que, conforme negociação com o oncologista-chefe, eu ficava do lado de fora do consultório, e apenas o gravador de áudio acompanhava a paciente na sala.

Obtive 24 consultas ao todo. Desse número, uma parte consiste de primeiras consultas e outra de consultas pós-tratamento (chamadas de revisão) e consultas pós-aplicações ou entre tratamentos (chamadas de acompanhamento). O quadro a seguir ilustra a quantidade de cada tipo de consulta e as especialidades dos sujeitos envolvidos.

Médicos	Especialidade	Quantidade total de consultas	Tipos de consulta
<i>Alberto</i>	Oncologista	7	Acompanhamento (3) Revisão (4)
<i>Sílvia</i>	Oncologista	6	Primeira consulta (1) Acompanhamento (3) Revisão (2)
<i>Geraldo</i>	Oncologista	1	Revisão
<i>Fernanda</i>	Oncologista	2	Acompanhamento (1) Revisão (1)
<i>Fabrizio</i>	Oncologista radioterapeuta	2	Primeira consulta (1) Acompanhamento (1)
<i>Jorge</i>	Oncologista	1	Acompanhamento
<i>Bianca</i>	Mastologista	2	Revisão
<i>Bernardo</i>	Oncologista	1	Acompanhamento
<i>Francis</i>	Mastologista	2	Revisão

1. Especialidades dos médicos e tipo e quantidade de consultas

As consultas de acompanhamento e revisão são consultas mais curtas do que as primeiras consultas, reconhecidas por momentos como: a) o de resgatar o motivo da consulta – o que acontece mais em revisões do que em acompanhamentos, já que nos acompanhamentos as pacientes já estão sendo vistas com maior frequência pelo profissional; b) o de o médico perguntar como a paciente tem passado e quais os medicamentos que ela está tomando; c) o de o médico conduzir o exame físico da paciente – que normalmente consiste em ausculta do peito, pesagem e exame clínico da mama / cirurgia; d) o de médico e paciente fazerem combinações a respeito dos próximos passos – o que pode consistir em exames que ela deverá fazer, sessões de quimioterapia ou radioterapia que ela ainda precisará, frequência das próximas sessões ou do próximo tipo de tratamento, data para o retorno de exames ou mês da próxima revisão; e) alguma retomada das combinações de forma resumida e/ou promessa de melhora de alguma situação topicalizada na consulta. O quadro a seguir, apesar de não completamente estanque, contribui para um melhor entendimento das fases observadas nas consultas de acompanhamento e revisão:

1º) troca de cumprimentos e sequência de “como vai” – muitas vezes é já a resposta ao “como vai” do profissional que traz o assunto médico à conversa.

2º) solicitação do assunto médico – normalmente, se a paciente não entendeu a sequência de “como vai” como solicitação do assunto médico, o oncologista irá produzir uma pergunta que se assemelha à iniciação de nova sequência de “como vai”.

3º) topicalização a respeito dos exames que a paciente trouxe, ou sobre aplicação da quimioterapia que irá fazer na sequência após a consulta; questionamento à paciente sobre os remédios que tem tomado.

4º) avaliação dos exames, quando há.

5º) exame físico – ausculta do peito e das costas, visualização da mama, e qualquer outro tipo de visualização (p.ex. se a paciente

diz sentir desconforto em alguma parte do corpo).

6º) solicitação de novos exames por escrito, e/ou recomendação de algum medicamento para aliviar algum sintoma, e/ou comentários sobre quantas sessões de quimioterapia ou radioterapia ainda faltam. Agendamento de nova data para consulta.

7º) assuntos de cunho pessoal – parecem vir à tona quando a paciente se percebe ao final da consulta (p.ex. *Posso pintar o cabelo? Posso ir a águas termais?* ou breve relato de alguma viagem ou acontecimento recente na vida da paciente), ou quando o médico faz alguma pergunta voltada a sua vida pessoal/familiar.

8º) Retomada de combinações – é iniciada tanto pelo médico quanto pela paciente, e/ou uma retomada de alguma avaliação pela paciente (p.ex. *Então pelo que o senhor me examinou tá tudo bem / tudo certo?*), e/ou ainda uma promessa do médico de melhora de algum sintoma, quando for o caso.

9º) Despedida – *Tchau / Vai bem.*

2. Fases da consulta de acompanhamento e revisão

Havia certa dificuldade por parte do enfermeiro atendente – que me passava os dias e horários em que haveria consultas de mama – em identificar de antemão o tipo de câncer das pacientes de primeiras consultas; assim, apenas o médico oncologista, na hora da consulta, fica sabendo de qual câncer se trata. Foi por esse motivo que os dados possuem apenas duas primeiras consultas.

A coleta teve uma segunda fase, iniciada em janeiro de 2014, na qual gravei as últimas sete interações. Para que essa segunda fase acontecesse, precisei submeter à aprovação do comitê de ética do hospital uma emenda ao projeto. Essa emenda correspondia à minha tentativa (aprovada então pelo oncologista-chefe em setembro de 2013) de acompanhar presencialmente as consultas cujas pacientes e médicos permitissem. Assim, adicionei também aos TCLE a alternativa de escolha da paciente e do médico para que eu acompanhasse o atendimento dentro do consultório – a paciente continuava com a escolha de

ter sua consulta gravada em áudio apenas, sem minha presença no consultório. Nessa fase, obtive apenas uma negativa.

Faz-se necessário também explicar que o hospital pesquisado atende a particulares e convênios e possui duas sedes que se ocupam do câncer, uma na qual se realizam consultas com a maioria dos oncologistas e também outros especialistas, como mastologistas, por exemplo, e onde se realizam as aplicações de quimioterapia. Na outra unidade, realizam-se consultas com um número menor de oncologistas e aplicações de radioterapia. Dos nove médicos participantes, oito (incluindo o mastologista e a mastologista) ficam alocados na sede da quimioterapia. Apenas um está alocado na sede da radioterapia (com outros colegas que não participaram do estudo).

Às pacientes, a cada gravação, foi apresentado o TCLE, para que não surgissem dúvidas quanto à ética nas pesquisas com seres humanos e dados naturalísticos, e cada uma delas ficou com uma cópia desse termo. O TCLE era apresentado às pacientes em uma sala à parte, escolhida pelo responsável pelo encaminhamento das pacientes no momento das consultas quando eu chegava para as coletas. Alguns minutos antes das consultas das pacientes que planejava gravar, este funcionário pedia que a paciente passasse à sala em que eu estava, dizendo que eu realizava uma pesquisa e gostaria de falar com elas em particular. Todas mostraram-se muito solícitas, dispostas a me ouvir e a participar da pesquisa (houve apenas duas recusas para 26 solicitações, uma em cada etapa da coleta). Fico pensando se isso relacionava-se à formalidade e ao envolvimento institucional marcado pela minha alocação em uma sala na ala das salas de consultas, como se eu pertencesse à instituição. Uma vez que imaginava que esse pudesse ser o caso, deixava claro que eu não era vinculada ao hospital, e sim à Unisinos, e avisava a elas para se sentirem livres para escolher participar ou não da pesquisa. Quanto a suas idades, elas variaram bastante: mulheres entre 26 a 85 anos de idade. No geral, todas eram mulheres de classe média e que tinham um plano de saúde.

Um dado importante de observação de campo é que, apesar de a psicóloga ser parte da equipe multidisciplinar disponível a essas pacientes, muitas não continuam o acompanhamento psicológico depois que terminam o processo de quimioterapia e radioterapia, conforme conversa informal com o atendente, enfermeiro que trabalha diretamente com os oncologistas clínicos no local pesquisado, em setembro de 2012. Segundo ele, as pacientes “querem sair um pouco daquele ambiente de hospital” e, em função disso, não continuariam seu acompanhamento psicológico, apesar de gratuito. Certamente nem seria mesmo o foco da instituição manter o acompanhamento psicológico das pacientes mais antigas, já que novas pacientes precisam usufruir desse serviço.

O assunto iniciado no primeiro parágrafo, a respeito da minha não-participação no momento das consultas, com exceção das sete consultas gravadas na segunda etapa, vale uma maior explicação. Quando eu estava em processo de negociação com o local, um dos pedidos foi o de que eu não entrasse no consultório, apenas que deixasse ali o gravador. Os responsáveis pelo setor acreditavam que a gravação em si já era uma intrusão, algo que não era bem-vindo. Então, a minha presença seria ainda mais intrusiva e potencialmente intimidadora. Após a passagem de mais de um ano, depois de recebida a permissão do oncologista-chefe para que eu pudesse pedir às pacientes para acompanhá-las no consultório na segunda etapa da coleta, concluí que a pesquisa havia repercutido bem, e que a situação imaginada sobre a gravação como uma quebra da privacidade / uma intrusão fora desmistificada em certa medida.

Desde o início, havia uma linha no TCLE a respeito do direito da paciente de se retirar da pesquisa a qualquer momento para contemplar àquelas que não soubessem de antemão que assuntos que a deixem desconfortável seriam tratados com o médico. Nesses casos de arrependimento, a gravação poderia ser apagada e excluída dos dados por mim. Também mencionei no TCLE que na transcrição (e posterior análise) dos dados, toda e qualquer

referência a nomes de pessoas, lugares e instituições é fictícia a fim de que sejam preservadas as identidades dos participantes.

O estudo também conta com uma entrevista com um dos médicos sujeito da pesquisa e com uma paciente e tomadas de notas feitas a cada incursão, ou seja, a reunião de informações sobre a comunidade pesquisada baseada nas observações feitas na instituição e nas conversas informais com as pacientes antes de suas consultas. Essas anotações serviram de apoio à compreensão de algumas situações com as quais me deparei, tanto na análise quanto em momentos da coleta, e contribuíram para a contextualização da pesquisa em si.

3.2 Etnometodologia, Análise da Conversa e Análise das Categorias de Pertença

A análise da conversa ou da fala-em-interação utilizada neste estudo é uma abordagem que encontra seus construtos teóricos na Etnometodologia, área advinda da Sociologia que rompeu paradigmas ao se ocupar dos processos de interpretação dos indivíduos na produção (e reprodução) da estabilidade da ordem social (COULON, 1995, p. 10), ou seja, os métodos pelos quais os indivíduos demonstram entendimento do mundo social no qual se inserem. Apesar de a Análise da Conversa ter sua origem no pensamento etnometodológico, esta pesquisa não se pretende apenas etnometodológica. Acredito que o estudo ficaria vazio de sentido se deixasse de olhar para o entorno da interação, ou seja, não só para o que é relevante na troca de turnos para aqueles interagentes, mas as questões que transbordam a interação que ali se encontram. A interação médico-paciente, objeto de estudo aqui, é lócus de muitas questões desse tipo, como, por exemplo, gênero social e poder (OSTERMANN; MENEGHEL, 2012). Até mesmo a humanização, questão que jamais é trazida pelos interagentes, torna-se o foco de interesse de pesquisa quando se vê que há problemas locais, institucionais e até mesmo sociais envolvidos no objeto de estudo *interação médico-paciente*.

Utilizo também a Análise das Categorias de Pertença (ACP) neste estudo, mais especificamente no Capítulo 6. Essa forma de ver a interação foi cunhada por Sacks a partir dos anos de 1960, juntamente com a AC, para andar lado a lado às análises sequenciais, já que remete a mais um importante processo que Sacks observara ocorrendo nas interações. Entretanto, houve um superdesenvolvimento de estudos que se baseiam no aspecto sequencial – das ações e dos pares adjacentes, como explicado anteriormente neste capítulo – em detrimento do aspecto das categorias de pertença. Formou-se então uma divisão bastante dura do trabalho de Sacks e do embasamento dos trabalhos que seguem seu raciocínio.

A Análise das Categorias de Pertença preocupa-se com as descrições do mundo social produzidas pelos falantes. Essas descrições são feitas por meio de dispositivos ou métodos que “remetem à ideia de maquinaria operando por trás da ação de categorizar, da mesma forma como opera na ação de falar. Ou ainda, constituem uma espécie de matriz geradora, que possibilita aos membros fazerem descrições.” (SELL; OSTERMANN, 2012, p. 135).

As autoras lembram-nos do clássico exemplo que Sacks utiliza em duas de suas *lectures* (SACKS, 1992) sobre uma descrição cujas identidades dos sujeitos poderiam ser apagadas: “X chorou. Y pegou-o no colo”. Questiona-se o motivo pelo qual, no caso do apagamento, as pessoas têm a propensão de entender que X é um bebê e que Y seria a mãe do bebê. Sacks (1992) questiona essa tendência, construindo a ideia de que então algumas atividades corresponderiam a determinadas categorias de pertencimento social – categorias que também estão circunscritas a *coleções* (pai - mãe - bebê etc.). Dessa forma, a atividade “chorar” está entre as atividades que determinada categoria de alguém (nesse caso “bebê”) poderá engajar-se, e vice-versa. A explicitação dos mecanismos envolvidos na leitura do mundo que as pessoas fazem em suas falas é então o interesse na abordagem.

Alinho-me à visão de Rod Watson (1997), que assegura que o fato de a análise das categorias de pertença ter sido deixada de lado pela maioria dos analistas não significa que

elas não estão operando na interação. Mais grave ainda, o pesquisador afirma que muitos trabalhos sequenciais apoiam-se em categorias de pertença como um recurso, porém não as ratificam. Watson também aponta o fato da pouca ou nula problematização dos analistas a respeito de categorias e identidades em interações institucionais, que são utilizadas como se fossem apriorísticas. Entretanto, constato em meus dados, a título de exemplificação, que a característica sequencial de algumas perguntas e dos pedidos de avaliação das pacientes aos médicos trazem à superfície essas atividades como atreladas (e atualizando) as categorias de médico e de paciente (há discussões sobre o assunto no Capítulo 4). Ou seja, há sim uma forte ligação entre a Análise da Conversa (as ações (des)encadeadas sequencialmente) e a Análise das Categorias de Pertença (as categorizações produzidas) e ambas são processos passíveis de serem investigados ocorrendo na interação.

De toda forma, acredito que estejamos em um caminho favorável à ACP ao se levar em conta as produções recentes da Análise da Conversa. Estudos que tratam de pressuposições e de *status* epistêmico nas interações (EHRlich; SIDNELL, 2009; OSTERMANN; EGEWARTH, 2013⁸; POMERANTZ, 2014, para citar apenas alguns), por não se deterem apenas na sequencialidade das ações, estão cada vez mais próximos dessa (re)união entre AC e ACP.

⁸ Comunicação pessoal.

4 A BUSCA PELO “TÁ TUDO BEM” EM CONSULTAS ONCOLÓGICAS DE ACOMPANHAMENTO E REVISÃO NO CONTEXTO DO CÂNCER DE MAMA

O tópico que será analisado a seguir implica, antes de mais nada, uma breve narrativa sobre como foi identificado. Por um bom tempo, considerei as recorrências que veremos na primeira subseção como uma demonstração da paciente de suas emoções. E insisti no tópico. Contudo, o que estava revelando-se de fato era que as avaliações de estado emocional das pacientes (termo a que cheguei depois de algumas sessões de dados com pares e professores) constituíam apenas o início de uma busca pelo “tá tudo bem” na consulta. Antes de me dar conta disso, considerei haver uma falta de *afiliação* – assunto tratado a partir do próximo parágrafo – do médico em consultas em que essas avaliações de estado emocional não ganhavam uma resposta, não eram tratadas por ele. Assim, o assunto rapidamente esgotava-se e mais parecia uma avaliação *top-down*, externa, feita por mim sobre os profissionais do local pesquisado, do que emergente dos dados propriamente dita.

Entretanto, a literatura sobre afiliação e também o relato de minha orientadora a respeito do que ela ouvira no ICCA-14 (na UCLA, em julho de 2014) sobre o tema mostraram-se essenciais para a formação de perguntas como: com *o que* exatamente determinado falante pode se afiliar em um evento discursivo? A afiliação é sempre possível? E como se conjugam movimentos de afiliação com as demandas do aqui-e-agora que, no caso das consultas médicas, são o tempo, outros pacientes esperando, assuntos com relação a exames e tratamentos que tem sua prioridade, etc? Essas perguntas retiraram-me de uma cegueira momentânea, o que me proporcionou enxergar que algumas ações (como avaliações positivas) apresentavam um potencial de tranquilização⁹ das pacientes – que funcionavam como um “atestado de saúde”. Essas ações eram realizadas pelo médico e apresentavam-se

⁹ Ao dizer que essas avaliações positivas têm um *potencial de tranquilização* das pacientes, está-se orientando ao fato de que não se pode afirmar que a tranquilização ocorreu de fato ou não, a não ser que as pacientes explicitamente assim se descrevam em sua fala.

recorrentemente ao longo da consulta, tanto em momentos em que eram requeridas pelas pacientes como quando oferecidas por esses profissionais.

O tópico analisado neste capítulo é um dos modos pelos quais as pacientes lidam com a impossibilidade da certeza em suas consultas. Objetiva-se descrever e sistematizar a organização interacional da busca pelo “tá tudo bem” em consultas de acompanhamento e revisão. Observa-se, contudo, que essa busca não acontece apenas em uma fase da consulta. Ela pode acontecer em mais de uma fase, repetidamente, ou apresentar diferenças quanto às fases ao se compararem consultas entre si. Diferentes formatos foram encontrados para o turno que realiza a busca pelo “tá tudo bem”, assim como diferentes formatos foram encontrados para o turno de resposta a essa busca. Principalmente, os formatos são mais ou menos diretos de acordo com seu posicionamento na interação. Tendo em vista essa organização de como se apresentam as sequências que envolvem a busca do “tá tudo bem”, as seções analíticas em que se divide este capítulo são: (4.1) Solicitações de avaliação mitigadas? As avaliações de estado emocional das pacientes; (4.2) Avaliações não requisitadas oferecidas pelos médicos; (4.3) Perguntas diretas realizadas pelas pacientes; e a (4.4) Orientação a uma metáfora na busca pelo “tá tudo bem”?

Antes que se passe à análise, faz-se necessária uma discussão sobre afiliação, posicionamento epistêmico, status epistêmico e avaliação, já que esses conceitos serão fundamentais para as discussões do capítulo.

Segundo Lindström e Sorjonen (2013), ações afiliativas frequentemente são formatadas como preferidas¹⁰, e ações preferidas normalmente são, por analogia, afiliativas

¹⁰ “Ação preferida é aquela socialmente esperada de alguém. Por exemplo, quando alguém faz um convite, o esperado é que o outro o aceite. Se ele recusar, é uma ação despreferida. [...]. As ações preferidas / despreferidas têm também o que chamamos de ‘formatos (tecnicamente) preferidos / despreferidos’. Uma ação apresentada em formato preferido é normalmente produzida de forma direta, sem atrasos, sem hesitação, sem justificativas (*e.g.* um aceite a um convite com um curto ‘Sim.’). Já o formato despreferido caracteriza aquelas ações que são produzidas de forma mais alongada, com atrasos, hesitações, justificativas (*e.g.* declinar um convite produzindo

(apud HERITAGE, 1984). As autoras discutem vários estudos em que foi visto que respostas a ações em primeira posição tais como pedidos, convites, avaliações, auto-reprovações, acusações indicam uma ligação entre o seu formato e o posicionamento / ponto de vista expressado pelo falante. Há que se explicar primeiramente que ações em primeira posição são as que *criam* a necessidade de uma resposta na sequência, também chamadas de *geradoras de adjacência* (e.g. *Você me daria um copo d'água?*), e não as respostas em si, que são, então, ações em segunda posição (e.g. *Aqui está seu copo d'água*). Lindström e Sorjonen (2013) dão o exemplo de um convite que é rejeitado (ação despreferida) apontando para como o formato, ou seja, o *design* dessa rejeição (com atrasos e justificativas) é produzido de forma a atenuar seu “impacto desafiliativo” e “minimizar a afronta à solidariedade social” (LINDSTRÖM; SORJONEN, 2013, p. 350), isto é, lidando com o caráter de despreferência de uma desafiliação.

Ao definir o conceito de alinhamento na interação também nos aproximamos do conceito de afiliação, e é muitas vezes em uma abordagem de comparação entre esses conceitos que os autores formulam seus pontos de vista. Uma vez que o alinhamento está para o nível estrutural da interação, e é disso que a Análise da Conversa ocupa-se primariamente, a afiliação está para o nível afetivo (STIVERS, 2008; STEENSIG, 2012).

Afiliação, para Tanya Stivers (2008), é diferente de alinhamento ou desalinhamento. Segundo a autora, a afiliação vai além, por “d[ar] suporte e reconhece[r] publicamente a contribuição do falante ou seu ponto de vista” (2008, p. 352). Stivers explica que em um contexto de contação de histórias, por exemplo, os continuadores¹¹ estariam construindo alinhamento, por colaborarem na manutenção da atividade presente, enquanto que se alguém

algo como ‘Poxa. Logo hoje. Sabe o que é? É que hoje eu já tinha marcado de fazer um exame lá no centro.’)” (SOUZA; OSTERMANN, 2012, p. 163)

¹¹ Continuadores são partículas como *mm*, *arrãm*, *m* que os ouvintes produziram nesse contexto de narração de histórias e que sinalizam que ele está ouvindo e ao mesmo tempo assegurando o turno ao outro falante. Continuadores podem ser produzidos em outros contextos envolvendo narrativas em conversas, mas não apenas.

começasse a competir por, ou tomasse um turno de fala, isso seria um desalinhamento. Jakob Steensig (2012) afirma que o alinhamento é pertinente para cada contribuição na interação e está ligado ao fato de que os falantes precisam lidar a todo momento tanto com o formato das ações quanto com a atividade realizada pelo outro. O alinhamento diz respeito ao “nível estrutural de cooperação” (STIVERS; MONDADA; STEENSIG, 2011, p. 21).

Stivers (2008) entende que o termo *afiliação*, por sua vez, deve ser usado para descrever ações em segunda posição (normalmente em resposta) que dão suporte ao *posicionamento* ou *ponto de vista* do interlocutor. Ela ainda afirma que *posicionamento* ou *ponto de vista (stance)* pode ser entendido como o “tratamento afetivo do falante para com os eventos que ele ou ela está descrevendo” (STIVERS, 2008, p. 37). Assim, expressar um ponto de vista compatível com aquele construído por quem acabou de contar uma história é considerado uma ação afiliativa. Para Steensig (2012), turnos afiliativos em segunda posição são os que (a) demonstram empatia, (b) oferecem suporte a posicionamentos, e (c) mostram-se colaborativos com a preferência das ações.

O excerto a seguir, de uma das interações do *corpus*, ilustrará esses dois conceitos:

124 FRANCINE: bom (.) eu ã hhh .hh comece:i no- não- ã (.)
 125 ↓lá em se↑tembro em diante outubro em diante
 126 não sei se foi coinci↑dência que eu tava
 127 (cuidando) comecei a tê assim (.) uma
 128 irritabilidade tão grande
 129 **SILVIO:** **ã:ham**
 130 FRANCINE: ↑ufe- que (ninguém) me aguentá- aguen[ta:va,
 131 SILVIO: [nem tu te
 132 aguentava
 133 FRANCINE: nem eu me aguentava ã- as- uma co:isa e eu
 134 pa- parece assim que tudo aquilo que eu
 135 tive que:: segurá durante o tratamento
 136 explo↑diu só- chegô. agor::a (deu)
 137 SILVIO: hahaha te concedeu o::
 138 FRANCINE: é.
 139 SILVIO: =a oportunidade [(também)]
 140 FRANCINE: [olha:,
 141 FRANCINE: é aí eu comecei a analisá a situação tava
 142 >ficando difícil ficando difícil< aí eu procurei
 143 u::m (.) terapeuta.
 144 **SILVIO:** **ótimo.**

O continuador da linha 129 representa um *alinhamento*, está contribuindo para que a paciente continue em sua narrativa. Já a avaliação positiva de Sílvia na linha 144 vai além de um simples alinhamento: não apenas contribui para a manutenção da atividade com que a paciente está engajada, como também consiste no *ponto de vista*, no *posicionamento* de Sílvia a respeito do fato que ela está contando.

Lindström e Sorjonen (2013) lembram que há vários recursos interacionais que os interlocutores usam ao demonstrar afiliação ou desafiação (como elementos lexicais, gramaticais, prosódicos, risos e outros itens não pertencentes ao léxico, como o comportamento corporal, etc). O que vai determinar que recursos serão utilizados são (a) a posição sequencial na qual a afiliação ocorrerá; (b) o tipo de ação que *demandou* a afiliação; e (c) a atividade maior que está em curso. As autoras exemplificam esses fatores sugerindo que normalmente as pessoas “esperam uma resposta bem diferente ao contar a seus amigos sobre a morte de um bicho de estimação quando comparado a uma narrativa sobre uma festa engraçada” (LINDSTRÖM; SORJONEN, 2013, p. 353).

Sorjonen (2001) investiga *turnos relevantes para afiliação* que, no contexto estudado, demonstram um posicionamento (ponto de vista) sobre alguma questão a que o outro teria acesso. A autora sugere que os turnos que contêm um ponto de vista são reconhecidos por apresentar termos avaliativos explícitos ou outros elementos que expressam esse posicionamento do falante, por exemplo. Sorjonen (2001) parece ter inspirado Stivers (2008), já que a primeira (também) acredita que uma expressão de posicionamento torna relevante uma afiliação ou desafiação do interlocutor no próximo turno, sendo consideradas então, como afiliação ou não, uma concordância ou discordância, respectivamente.

Ruusuvuori (2007) pesquisou interações médico-paciente tanto na homeopatia quanto na medicina tradicional. A autora observou em ambas que o número de sequências em que os

pacientes falam sobre um problema (*troubles-telling*) e *não* recebem afiliação é maior do que a quantidade de sequências em que a afiliação acontece. Entretanto, indica que o número ainda é maior no contexto homeopático. O que Ruusuvuori não leva em consideração na discussão de seus achados, e que faz todo o sentido no contexto brasileiro, é que as consultas homeopáticas recebem mais tempo para acontecer comparativamente às consultas da medicina tradicional. Isso ocorre em função ou de assuntos menos urgentes – que por consequência tiram menos o médico de seu consultório para, por exemplo, avaliar algum paciente na UTI ou na emergência –, ou das rotinas apertadas com cirurgias, nos casos em que os médicos são também cirurgiões. Assim, o profissional da homeopatia parece possuir de fato a possibilidade de atender seus pacientes utilizando um tempo mais longo em suas consultas. Estudos que se pretendem aplicados no contexto médico-paciente precisam pensar na relação entre: (1) afiliação, (2) assuntos que precisam ser tratados e (3) tempo disponível para o atendimento. Às vezes, ainda que determinada ação requeira afiliação, esta poderá não ser viável naquele momento.

Uma importante discussão que irá permear este capítulo, além da afiliação, é a relação entre *status* epistêmico e posicionamento epistêmico expressada em algumas primeiras ações. Heritage (2012) apresenta o tópico como fundamental no entendimento de ações em primeira posição para podermos definir o que de fato está acontecendo no turno. O autor mostra como as diferenças morfosintáticas e de entonação, juntamente com o *status* epistêmico dos falantes, são determinantes na diferenciação de ações como pedido de informação, pedido de confirmação, asserções requerendo suporte do outro, etc. Para Heritage (2012), o *posicionamento epistêmico* refere-se “[à] expressão momento a momento das relações sociais”, que englobam o *status epistêmico* dos falantes; entretanto, o autor esclarece que o *status epistêmico a priori* de um falante e um *posicionamento epistêmico* seu podem não

convergir, dependendo do fazer de cada um na interação. Esses *posicionamentos* (epistêmicos) acontecem por meio do *design* ou *formato* dos turnos de fala dos interagentes.

O autor explica que os estados de conhecimento podem variar de momentos em que o falante tenha um conhecimento mais absoluto sobre algo e seu interlocutor nenhum, até momentos em que ambos tenham o mesmo nível de informação, e ainda variações nesses estados. O assunto insere-se nesta análise porque a busca pelo “tá tudo bem” ratifica-se como uma *busca* – como pedido de informação, ou por vezes como pedido de confirmação – justamente por apresentar características, não apenas sequenciais e de posicionamento, mas de gramática mesmo, dentro da interação que vão ao encontro do que Heritage (2012) e Heritage e Raymond (2012) discutem em seus trabalhos.

Faz-se importante distinguir aqui a pergunta “tá tudo bem?”, que ocorre nas interações sob análise, do turno que gera a sequência de “como vai você?” (SCHEGLOFF, 1986) nas interações em contextos diversos. Schegloff (1986) investigou em interações a existência de uma sequência de cumprimentos (p. ex. “oi”, “olá”) e, logo após, uma sequência de “como vai você?” (a qual ele chama de ‘*how are you*’ sequence). O autor explica que a ação dessa última pergunta normalmente (mas não obrigatoriamente) visa apenas a cumprir um ritual de aberturas de conversas, angariando uma resposta que contribui para esse ritual, ou seja, que não é a topicalização de *como* a pessoa realmente está. Além disso, o autor salienta em sua análise que o observado é que muitas vezes a sequência “como vai você?” (ou “tudo bem?”) pode funcionar como o cumprimento, já que as pessoas muitas vezes a utilizam no lugar do “oi” ou do “olá”. Assim, o cumprimento “tudo bem?”, comum às interações mundanas e institucionais, difere-se da pergunta polar “tá tudo bem?” ou suas equivalentes nos presentes dados. A pergunta polar “tá tudo bem?” (*polar* porque é formatada para receber alternativos *sim* ou *não* como resposta), analisada neste capítulo, aponta para uma preferência por uma confirmação ou concordância como resposta.

Sacks (1987, trad. Oliveira, Nogueira e Gago, 2011) explica que as perguntas polares pedem respostas de concordância, que apresentem um alinhamento à sua polaridade e que confirmem a proposição inserida na questão. Essa é a regra observável, segundo Sacks, e ambos os falantes orientam-se a isso por colocarem certas características em prática. Sacks (1987) dá o exemplo da pergunta “Esse lugar é onde você mora? Na Flórida?” ao que o interlocutor prontamente responde “Esse lugar é onde eu nasci.” O que se pode observar é que há uma tendência à minimização da discordância, que se revela através de formato específico (não há uma negação, mas uma resposta que transforma em certa medida o que foi perguntado por oferecer outra palavra – “nascer” em vez de “morar”) e sem delonga. Sacks obviamente deixa claro que há discordância no mundo social, mas também mostra com seus exemplos que ela ainda seguiria certa mitigação.

Nas respostas ao “tá tudo bem?” das pacientes, os médicos muitas vezes respondem com um “tudo bem”. Para Heritage e Raymond (2012), essa repetição que confirma, mais do que apenas assente, tem o papel de corroborar o direito epistêmico de quem confirma (aqui o médico) em determinar se a inferência feita pelo falante (aqui a paciente) foi correta.

Ao mesmo tempo, essa pergunta das pacientes é a solicitação ou a provocação para que os médicos realizem uma avaliação de seu estado de saúde. No dicionário *Merriam Webster*, tem-se avaliação como “O ato de fazer um julgamento sobre algo: o ato de avaliar alguma coisa. [...] Uma ideia ou opinião sobre algo. [...]. (tradução nossa)”. No dicionário Priberam da Língua Portuguesa, tem-se avaliação como “Ato de avaliar. Valor determinado por peritos; apreciação. [...]”. Pomerantz (1984, p. 57) afirma que “[a]valiações são produzidas como *produtos* de participação; com uma avaliação, um falante alega (*claims*) conhecimento daquilo que está avaliando”. Assim, para fins desta análise, avaliação é definida como a produção de uma ideia ou opinião sobre algo subsidiada pela participação ou pelo conhecimento que o falante tem sobre o que está sendo falado, ainda que seu “projeto” de

avaliação não receba tratamento pelo outro. Como se está tratando de consultas médicas, tanto os médicos quanto as pacientes podem realizar avaliações de acordo com o que eles conhecem sobre algo, baseando-se em seu saber, participação ou experiência – não sendo, então, uma atividade exclusiva dos médicos por serem representantes do saber científico, já que as pacientes têm o conhecimento relacionado a seu corpo, sua história e suas sensações.

Pomerantz (1984) trata de concordâncias e discordâncias dos interlocutores com avaliações produzidas pelo outro. A autora considera que avaliações são ações que geram adjacência ao requerer avaliações em resposta (segunda posição) que concordem ou discordem da avaliação em primeira posição. De fato, nos excertos mostrados por Pomerantz, as avaliações parecem requerer uma resposta: a autora mostra um exemplo de uma justificativa produzida quando determinado falante não pode avaliar algo em resposta.

Contudo, Stivers e Rossano (2010), em seu artigo sobre mobilização de respostas, consideram avaliação uma ação não-canônica, já que ela não mobiliza resposta e não constrói adjacências – ou seja, não gera a relevância de uma segunda parte – com a mesma força com que o fazem as ações canônicas como pedidos ou convites. Esse argumento baseia-se no fato de que, nas sequências em que, por exemplo, pedidos ou convites são realizados, há uma orientação dos interlocutores a uma resposta ou a uma explicação para a ausência da resposta, diferentemente do que acontece em algumas avaliações, conforme os autores mostram. Eles explicam que a construção de adjacência e mobilização de resposta não está somente no que Schegloff (1968) e Schegloff e Sacks (1973) chamaram de *relevância condicional*, referindo-se às propriedades funcionais das ações (para cada tipo de ação iniciadora de uma sequência, um tipo respectivo de ação é esperado em resposta – o que vai ao encontro do que Pomerantz considera no trabalho mencionado acima), em que o formato do turno vai determinar o tipo de resposta provida. Stivers e Rossano concordam com Schegloff e Sacks, mas observam que até então não se pensara na possibilidade de o formato do turno “condicionar se uma resposta é

ou não mobilizada de todo” (p. 4). Eles então listam as características de formato de turno que mobilizam ou não resposta de acordo com o que observaram em seus dados: (a) léxico-morfossintaxe interrogativa (palavras e ordem de palavras específicas envolvidas na ação de perguntar – ordem de palavras aqui se refere à inversão auxiliar-pronome da língua inglesa, não encontrada no português); (b) prosódia interrogativa (entonação ascendente em contraposição a entonações descendente ou contínua da fala); (c) condição / posição epistêmica do interlocutor (possibilidade de acessar o objeto da avaliação para produzi-la ou obrigatoriedade de saber sobre o assunto); e (d) olhar do falante (característica multimodal de direção do olhar, de contato de olhos entre os falantes, etc). Esses quatro fatores são importantes na mobilização de respostas, ou seja, na criação de adjacência e de relevância condicional, além da ação que está sendo produzida e da posição sequencial em que é realizada – que não deixam de ser também consideradas, obviamente.

Stivers e Rossano (2010) lembram-nos que avaliações com frequência podem ser entendidas como elogios ou reclamações, entre outras possibilidades. Heineman e Traverso (2009) apontam que reclamações / queixas, quando realizadas, são atribuídas a alguém, ou a algo, e são de natureza delicada: primeiramente, pelo fato de exporem dificuldades de alguém e conseqüentemente os sentimentos desse alguém a respeito de suas dificuldades; e, em segundo, pelo fato de que as próprias pessoas evitam nomear o que estão fazendo como “queixa”, “reclamação” (p. 2381). Adiciono aqui o entendimento de Liz Holt (2013, p. 430) de que as queixas requerem mais fortemente uma afiliação do outro para se sustentarem, muito mais do que as avaliações. Porém, há que se notar que, no contexto de atendimentos à saúde, as queixas são atividades esperadas, ainda que pacientes tentem mitigá-las algumas vezes, tornando visível o entendimento de que veem suas queixas como atividades menos preferidas. Ao mesmo tempo, se para as queixas do aspecto físico o médico deve prover uma resolução, ou tentar provê-la, para as queixas de estado emocional – aqui imaginando que

algumas avaliações de estado emocional das pacientes possam ser interpretadas como queixa pelos médicos – o que pode ou está sendo provido? Então, ao se considerar ações como *avaliações* neste capítulo, quer-se chegar no ponto de congruência entre (a) uma ação estar sendo entendida como uma avaliação ou não, (b) o interlocutor ter ou não a condição / o *status* epistêmico para avaliar, (c) o formato desse turno ter ou não gerado uma adjacência, ou seja, ter mobilizado / requerido uma resposta. Além desses pontos, há que se atentar para a diferença entre a simples *produção* de uma avaliação (por meio de um formato que não necessariamente gere a relevância de uma avaliação em segunda posição) e a *solicitação* de uma avaliação (por meio de um formato que gere necessidade de uma avaliação em resposta ou de uma justificativa para sua ausência – o que acontece por meio de perguntas diretas, por exemplo).

Na literatura da Análise da Conversa, o estudo sobre a organização da comunicação de boas e más notícias em vários contextos (MAYNARD, 2003) trata, entre outros aspectos, das saídas para a “sequela” que as más notícias geram na interação: as pessoas ou anunciam uma resolução, ou se engajam na produção de algo positivo e ou em projeções otimistas. No presente estudo, ainda que não exista comunicação de más notícias nas consultas de acompanhamento e revisão que fazem parte do corpus analisado, as pacientes produzem ações que solicitam do médico uma avaliação positiva e repetidas confirmações de que “tudo vai/está bem” com seu estado de saúde.

O tópico analisado neste capítulo é, então, como a paciente busca uma avaliação positiva sobre seu estado de saúde e como o médico percebe essa busca, provendo o “tá tudo bem”, ou um equivalente, em resposta, ou não provendo resposta. O médico também voluntaria o “tá tudo bem” em algumas ocorrências, o que será igualmente analisado. Após a descrição, discutem-se os achados. O tópico escolhido justifica-se por sua recorrência (e, assim, provável importância para ambos os interagentes) nas consultas analisadas.

Assim, há uma sistemática ocorrendo de solicitações de avaliação que, se não acontecem por uma via (se avaliações não são oferecidas pelo médico ou se não são recebidas pelas pacientes quando estas fazem suas avaliações de seu estado emocional), são realizadas por outra via (solicitações em formato de perguntas diretas feitas pelas pacientes). Além disso, há o fato de haver pedidos de reconfirmação de que está tudo bem pelas pacientes e repetições escalonadas dos médicos. Essa sistemática reflete a maneira pela qual as pacientes, no contexto estudado, lidam com a impossibilidade da certeza sobre o *status* do câncer em suas vidas.

4.1 Solicitações de avaliação mitigadas? As avaliações de estado emocional das pacientes

A interação a seguir acontece entre um oncologista e uma paciente que já tratou o câncer de mama e está, então, na fase de consultas periódicas de revisão (o que acontece, na fase em que está, a cada quatro meses). Especificamente, o objetivo dessa consulta para a paciente é coletar a requisição para fazer exames de controle. Observe-se como a avaliação de estado emocional que a paciente produz aqui é mitigada. Por meio da discussão de seu formato, pondera-se se ela de fato cria a relevância por uma avaliação do médico em resposta.

Excerto 1

1 SALETE: oi hãhãh
 2 ALBERTO: tudo bom?
 3 SALETE: tudo bom.
 4 (2.9)
 5 ALBERTO: como é que estamos?
 6 (1.1)
 7 SALETE: **estamos b_†em (.) agora quando chega a época da**
 8 **revisão é que: (1.1) dá um pouco de medo hã[heh]**
 9 ALBERTO: [†é::]
 10 (0.5)
 11 SALETE: >aí o senhor pediu< pra mim vim em julho né (0.7)
 12 [aí] =
 13 ALBERTO: [isso]
 15 SALETE: =como a gente tá no final do mês já daí eu já vim
 16 buscá a requisiçã:o (0.4)
 17 ALBERTO: tá bem

18 SALETE: pra fazer os °exaimes°
 19 ALBERTO: >a gente< tinha se visto em março ↑né

Depois da troca de cumprimentos entre os falantes e de uma pausa, Salete orienta-se para a pergunta da linha 5 como um convite à avaliação / elaboração de sua condição de saúde (o formato da pergunta que o médico faz, no plural, – “como estamos” – parece ser o estilo desse médico em consultas com suas pacientes). Das linhas 7 a 8, ela provê a avaliação de sua condição de saúde e, após uma micropausa, produz uma avaliação de sua condição emocional ao dizer que quando chega a época da revisão [...] dá um pouco de medo. Assim, o causador desse medo seria a revisão, ou, mais precisamente, seriam os exames que terá que fazer e que apresentarão resultados com os quais terá que lidar. É nesse ponto que a avaliação de Salete sobre si mesma assemelha-se a uma queixa e vai ao encontro do que fora mencionado anteriormente sobre as queixas serem ações constituintes de consultas médicas (HERITAGE; MAYNARD, 2006).

A avaliação de sua condição emocional nas linhas 7 e 8 é produzida com um formato que não coloca pressão no médico para produzir uma resposta. A paciente aloca sua avaliação e o tópico medo como informação adicional logo depois de responder (estamos b↑em) à pergunta do médico; como um segundo TCU naquele mesmo turno. Assim, fica a critério de Alberto, e não sua obrigação sequencial (tal como seria em um par adjacente), lidar com a avaliação de condição emocional trazida (STIVERS; HERITAGE, 2001), o que aqui ele não faz. Em outras palavras, há uma pergunta (linha 5) e uma resposta (linha 6); ou seja, um par adjacente encerra-se ali. A informação sobre sentir medo da época da revisão, além de ter sido embutida em uma resposta, também não é uma pergunta e, por isso, não gera um novo par. Além disso, a avaliação de sua condição emocional feita pela paciente é realizada em um

momento da consulta médica em que normalmente médicos *recolhem* informação, não o contrário.

Podemos focar um pouco mais no formato desse turno: Salete utiliza um alongamento da palavra *que*: na linha 8 e produz uma pausa em seu turno de fala relativamente longa, de mais de um segundo. Lembramos aqui que uma pausa dentro de um turno de fala, antes da completude gramatical e semântica de um enunciado, é diferente de uma pausa ao final dele – que por sua vez seria um lugar relevante para troca de falantes. Assim, por ser *intraturno*, essa pausa pode ser considerada um atraso no que a paciente estava dizendo. Interessantemente, após esse atraso, Salete explicitamente diz que sente um medo e também produz uma risada logo após dizê-lo. Markku Haakana (2001) sugere que esse tipo de risada em contexto médico-paciente constitui uma ferramenta para o paciente realizar uma ação delicada (que aqui pode ser falar de um tópico mais íntimo, como sua condição emocional) e ao mesmo tempo mostrar que reconheceu a delicadeza da sua ação. Então, aqui, Salete pode estar reconhecendo a delicadeza de sua fala e lidando com isso por meio da risada. Por outro lado, ela pode estar minimizando um possível caráter de “queixa” de sua fala. Gail Jefferson (1984) ainda afirma que esse tipo de risada pode também performar resistência à narrativa sobre problemas (*troubles-telling*) do próprio falante / narrador, mas ao mesmo tempo não necessariamente convidar o outro, o interlocutor, a rir, o que também acontece aqui, quando o médico não ri com a paciente. Não rindo com ela, o médico demonstra, segundo Jefferson (1984), (a) seu entendimento de que não houve um convite ao riso e (b) sua receptividade à fala sobre problemas.

Assim, estamos diante de uma avaliação não-canônica, pois em uma posição sequencial que não mobiliza uma resposta, ou seja, acaba por não torná-la de todo relevante. Além disso, o enunciado de Alberto na linha 9 após a avaliação de Salete pode estar em consonância com sua condição epistêmica sobre o medo da paciente: ele não o conhece de

fato, ou ele nunca o vivenciou. Seu ↑ é :: : marca sua posição epistêmica de apenas recebedor dessa informação, que, a propósito, também não pertence a seu *metier*; seria diferente se Salete tivesse dito “me dá um pouco de dor”, pois a respeito de sintomas físicos ele pode opinar. Contudo, se nos perguntarmos o que a avaliação de Salete após o estamos b↑em estava fazendo ali, podemos especular que havia um projeto¹² (SACKS, 1992; POMERANTZ, 1988) da paciente de falar sobre um sentimento com o médico, aparentemente abandonado pela própria paciente naquele momento da consulta a favor da continuidade da *agenda do tratamento do câncer* (ROGERS; TODD, 2010) e também não retomado pelo médico em momento posterior.

Pode-se pensar aqui em um paralelo com o estudo de Virginia Gill (1998). A autora analisa as maneiras pelas quais pacientes fazem atribuições (explicações voluntariadas) sobre as possíveis causas de seu problema de saúde ou de seus sintomas. Gill percebe que os pacientes normalmente evitam fazê-las em formato de perguntas diretas aos médicos, com pressão por resposta, em inícios de consultas, alocando então essas atribuições que criam uma relevância condicional em outros momentos (nos quais têm mais chances de receber uma resposta).

Nas linhas 11 e 12, 15 e 16, e 18, Salete diz a que veio e relembra combinações de quatro meses atrás, tornando explícita a sua *agenda* nessa consulta de revisão: ter acesso às requisições que possibilitarão a revisão propriamente dita. Ao mesmo tempo, Salete justifica a sua presença na / o motivo da consulta: está ali para solicitar a requisição para fazer os exames.

¹² Por *projeto*, Sacks (1992) e Pomerantz (1988) referem-se ao *propósito* de uma pergunta / contribuição de um falante que pode ser reconhecido pelo interlocutor (e isso então se mostra em sua resposta). Esse reconhecimento do projeto / do propósito pode acontecer tanto em situações mais explícitas, em que o propósito de fato fica claro em algum elemento do *design* do enunciado que o falante utiliza (uma expressão específica, ou a entonação empregada) ao fazer uma pergunta, por exemplo, ou ser mais implícito, depender de maiores inferências do interlocutor.

A avaliação de seu estado emocional produzida pela paciente poderia então ter sido entendida como uma solicitação para que o médico produzisse uma avaliação em resposta. Entretanto, seu formato, sua posição no turno de fala e o momento na interação em que ela acontece fazem com que ela não gere tal relevância condicional. De qualquer forma, pode-se considerar que a avaliação produzida pela paciente marca o início da busca pelo “tá tudo bem”. O próximo excerto é de outra interação, também de uma paciente em época de retorno para fazer sua revisão. Note-se que novamente a avaliação de estado emocional da paciente fica sem uma avaliação em resposta.

Excerto 2

```

1 ALBERTO:      e aí,
2                (.)
3 ROSANE:       °e aí°=
4 ALBERTO:      =>como que tá:< (.) tudo bem?
5 ROSANE:       tu:do bem,
6 ALBERTO:      como é que estamos,
7 ROSANE:       tô bem
                 (1.0)
8 ALBERTO:      >tudo< em pa:z,
9 ROSANE:       tudo em pa:z, ATÉ O MOME:nto né
10              (2.0)
11 ALBERTO:     tá bo:m, (.) tá- <tem fe:ito a vaci::na,> (1.0) deixa
12              eu vê desde quando aqui:. (1.0) quando é que [foi a última]

```

Nas linhas 1 a 3, médico e paciente trocam cumprimentos e, nas linhas 4 e 5, a sequência do “como vai?” (ou “tudo bem?”). Na linha 6, podemos dizer que esse novo turno de como é que estamos, equivaleria a uma solicitação da condição de saúde da paciente, como Jeffrey Robinson (2006) observa. Contudo, o como é que estamos é de fato um padrão do médico Alberto, uma maneira de ele solicitar condições de saúde da paciente e mover-se para o assunto da consulta. Ele faz o mesmo na interação com a paciente Salete (vide Excerto 1) e em mais outras duas interações nas consultas de revisão e acompanhamento. Rosane, na linha 7, responde à pergunta de Alberto com um tô bem, não

produzindo elaborações para essa contribuição.

O oncologista então provê uma formulação – seu entendimento do *tô bem* de Rosane – que vai um pouco além, oferecendo uma ideia, uma avaliação a ser confirmada (*>tudo<* em *pa:z*, na linha 8). Note-se que há a preferência por uma concordância em resposta marcada no formato da pergunta de Alberto, que utiliza sintaxe declarativa e entonação ascendente. Então essa formulação dele é entendida aqui por Rosane como uma solicitação para que ela também produza uma avaliação, porém ela tem que lidar com o formato da pergunta que expressa a preferência pela concordância.

Como Sacks (1987) já observara, a paciente então, na linha 9, concorda sem delonga utilizando a mesma avaliação do médico em resposta (*tudo em pa:z*,) no primeiro TCU (o que também vai ao encontro da repetição em resposta a uma pergunta polar conforme Heritage e Raymond, 2012). Contudo, ela adiciona, em segundo TCU, a ideia de que a paz poderá não existir mais dependendo de como estiver sua condição de saúde pós-exames. O volume mais alto em *ATÉ O MOMENTO* *né* participa desse formato de seu posicionamento relativo a como se sente. Ao mesmo tempo, ainda com inspiração em Sacks (1987), esse segundo TCU da paciente vislumbra uma discordância parcial da ideia do médico de que esteja “tudo em paz”. É como se ela, uma vez cerceada pelo formato da solicitação do médico e pela preferência ali exigida, tivesse como única saída produzir uma expansão do turno para mostrar a discordância parcial, em vez de logo responder que “não, não está tudo em paz”. Parece ser essa discordância parcial que corrobora, ao topicalizar indiretamente, que a paciente pode estar apreensiva, preocupada em ter que lidar com sua condição de saúde novamente, e sentir-se em paz poderá, assim, não ser mais possível.

Depois do turno de Rosane na linha 9, tem-se dois segundos de silêncio, nos quais Alberto demonstra um projeto de desalinhamento que, no entanto, transforma-se em alinhamento com o *tá bom*, no turno da linha 11. Porém, esse *tá bom*, marca já seu

movimento de iniciar uma atualização do estado de saúde da paciente em seu próximo TCU; assim, a avaliação de Rosane na linha 9 ficou sem um tratamento pelo médico. Ele não volta a topicalizar o assunto trazido pela paciente via avaliação em outro momento da consulta; há apenas uma pergunta direta da paciente que requer uma avaliação do médico no final da consulta, o que será visto na subseção *perguntas diretas aos médicos*. Há que se ponderar, contudo, que há um problema aqui envolvendo posicionamento epistêmico do médico nesse momento: se ele produzisse algo como uma discordância (nesse caso, preferida) seguida de uma avaliação em resposta, como: “não, mas vai continuar tudo bem, tudo em paz”, ele poderia comprometer-se para além do que pode, pois ainda não sabe se os exames trarão uma desestabilização da paz de Rosane ou não.

Novamente vimos que as avaliações de estado emocional produzidas pelas pacientes são problemáticas: sua posição na interação equivale a uma contribuição mais mitigada, além de lidar com um aspecto – o emocional – que escapa ao essencialmente físico do *metier* dos médicos.

Apesar de sair da proposição inicial deste capítulo de deter-se na organização das consultas de *acompanhamento e revisão*, a interação seguinte, que vem de uma *primeira consulta* oncológica, vale ser mostrada, uma vez que também se pode ver uma avaliação da paciente sobre seu estado emocional. Nessa consulta, a paciente trouxe seu marido e sua filha como acompanhantes. Ela fez a cirurgia em sua mama há pouco e está ali para decidir sobre os tratamentos a serem seguidos. Nota-se que, diferentemente das consultas anteriores (de revisão), nesta a paciente recebe uma avaliação em resposta.

Excerto 3

62 SILVIO: ((nome de uma mastologista))
 63 ANELISE: já fomos pra lá e e::m (.) uma semana eu já tava
 64 fazendo biópsia

65 SILVIO: mhm. aí confirmô e:: (>aqui estamos<)=
 66 ANELISE: =e lamentavelmente chegamos a isso hah hh
 67 SILVIO: não mas sabe que pra te falar bem a verdade foi
 68 uma tremenda sorte viu uma lesão relativamente
 69 pequena relativa não- é pequena (0.9) hhhh o
 70 fato é o seguinte ó (.) chegou cedo numa lesão
 71 pequena sem envolvimento de axila (.) portanto
 72 uma lesão localizada isso é excelente (.) (me
 73 antecipa) o prognóstico (.) é: as características
 74 (.) microambientais delas: que nos são um pouco
 75 divididas (.) hhhh ao mesmo tempo que ela veio
 76 o HER2 negati:vo BOM receptor hormonal positivo
 77 pra estrógeno (.) não- pra progesterona BOM
 78 TAMBÉM (.) negativo pra estrógeno tudo bem é
 79 ruim mas também o fato de ser positivo para
 80 estrógeno já compensa ((entendo que ele quis dizer
 "progesterona", conforme conteúdo do auto-reparo
 na linha 77))

Nesse excerto, na linha 66, Anelise produz ao final de sua narrativa uma avaliação de seu estado emocional que contém seu posicionamento a respeito da descoberta do câncer. Nota-se que o *lamentavelmente* e o riso e a aspiração de Anelise no início do excerto sinalizam como ela se sente com relação a sua situação; conforme o dicionário Aurélio (2010), *lamentável* é aquilo que é digno de ser lamentado, digno de dó, algo considerado triste. Portanto, tristeza e dó de sua situação atual estão relacionados ao posicionamento de Anelise sobre como se sente com relação ao câncer. Após esse turno de Anelise (e *lamentavelmente chegamos a isso hah hh*), Sílvio passa a construir uma avaliação do caso da paciente. A narrativa dela terminara com uma avaliação negativa sobre sua situação. Sílvio, em contraste, inicia sua construção fazendo uma avaliação positiva de seu problema, o que demonstra que ele não concorda com o caráter *lamentável* de seu caso (*não mas sabe que pra te falar bem a verdade foi uma tremenda sorte viu uma lesão relativamente pequena relativa não- é pequena*). A discordância de Sílvio com a avaliação, com o posicionamento de Anelise é realizada sem delonga, como ação preferida, trabalhando a favor de uma afiliação com o que ela sente, já que reconhece o

projeto (vide nota de rodapé número 12) de Anelise de expressão de um sentimento negativo com o seu lamentavelmente e age para lidar com isso. Ao discordar e mostrar o lado positivo de seu problema (JEFFERSON, 1988; MAYNARD, 2003), o médico afilia-se, demonstra solidariedade com a situação da paciente.

Aqui se pode notar o que Sorjonen (2001) considera como *turno que torna relevante / pede uma afiliação* por fatores que se sugere não estarem apenas na sequencialidade (o “nível estrutural” a que se referem Stivers, Steensig e Mondada – 2011) e também não só no “nível afetivo” ou de solidariedade social. O turno de Anelise pede uma afiliação por elementos do contexto imediato do evento “primeira consulta oncológica” (como a criação de vínculo entre médico e paciente e até mesmo familiares) e pelo fato de o médico estar naquele momento com resultados de exames e cirurgia em mãos, o que possibilita que o médico também se posicione, e não só a paciente. Apesar desses fatores outros, a sequencialidade também torna relevante que, além de alinhar-se ao colocar-se como ouvinte da narrativa da paciente, o médico lide com essa fala sobre problemas (*troubles-telling*) da paciente produzindo uma avaliação que demonstra seu posicionamento a respeito do seu caso, e isso se faz via afiliação (LINDSTRÖM; SORJONEN, 2013; RUUSUVUORI, 2007). Podemos dizer que essa avaliação positiva que consiste em uma ação afiliativa do médico aqui pode levar a uma tranquilização da paciente.

Em seguida à avaliação positiva que discorda do lamentavelmente da paciente (não mas sabe que pra te falar a verdade foi uma tremenda sorte viu), o médico passa a listar as evidências que justificam seu posicionamento, sua avaliação positiva (lesão pequena, sem comprometimento de axilas, HER2 negativo, receptor hormonal positivo para progesterona). O formato de seu turno inclusive contém ênfase em palavras como chegou 'cedo' em uma lesão 'pequena', e a evidência ruim é seguida de uma conjunção adversativa que a minimiza em negativo

para estrógeno tudo bem é ruim **mas** também o fato de ser positivo para progesterona já compensa. Essa prática de listar (e enfatizar) as evidências do que há de bom equipara-se ao “tá tudo bem” que os médicos fornecem às pacientes em consultas de acompanhamento e revisão. Neste momento, Sílvia não pode dizer a Anelise que está tudo bem; mas ele pode fazê-la vislumbrar um quadro mais positivo (em vez de digno de lamento) ao evidenciar as boas características de seu problema. O que Maynard (2003) chama então de saída interacional na comunicação de uma má notícia – a projeção otimista e o lado positivo das coisas – vem a se concretizar aqui não no momento da má notícia em si (o diagnóstico), mas em vista de um posicionamento negativo da paciente que não condiz com as reais circunstâncias evidenciáveis de seu caso.

No excerto seguinte, mostra-se algo diferente dos excertos anteriores acontecendo nesse início de consulta: há uma avaliação, mas que não é do estado emocional da paciente. Porém, a paciente, após fazer tal avaliação, deixa claro que está preocupada.

Nessa consulta de revisão, após a paciente produzir um posicionamento a respeito do resultado de seu exame (linhas 2-5), incluindo que está preocupada, o médico move-se para outra fase da consulta. Entretanto, mais adiante, ele resgata o tópico da paciente e produz avaliações – o “tá tudo bem” (aqui, com outras escolhas lexicais) –, e a paciente busca ainda, na sequência, uma confirmação.

Excerto 4

- 1 ALBERTO: da↑í?
 2 ISABEL: a::i doutor alberto quando eu fiz o- fiz os
 3 exames assim >não< fiquei muito satisfeita eu
 4 **queria que desse tudo bem:** mas apareceu uma
 5 coisinha ali
 6 (.)
 7 ALBERTO: °vamo olhá°
 8 ISABEL: se bem que a doutora que fez a eco me acalmô
 9 mu:ito disse que é uma coisa muito nor↑mal, ↑tal
 10 não sei que. (.h)
 11 (.)

12 ISABEL: **e eu já fiquei preocupada.**
 13 ALBERTO: tá.
 14 (.)
 15 ALBERTO: deixa eu ver agora (0.5) deixa eu só re- re- re-
 16 assim: revisá
 17 (.)
 18 ALBERTO: tá tomando arimidex =
 19 ISABEL: = tô
 20 ALBERTO: né?
 21 ISABEL: a[té]=
 22 ALBERTO: [anast]rozol

((linhas omitidas - paciente traz o tópico que passou a tomar um remédio a mais; falamos de anti-inflamatórios injetável e oral))

84 ALBERTO: pode ficá tranquila (.) algo MAIS que tá sentindo?
 85 (1.1)
 86 ISABEL: ↑não eu ↑tinha muita dor no seio
 87 ALBERTO: tá::
 88 ISABEL: sabe↓(.) mas agora parou era assim uma sensação-
 89 mas inclusive nos dois assim >parecia assim que<
 90 (.) me puxava pro bico do seio assim a dor e ↑eu
 91 não sei se tem a vê com o tem::po porque as
 92 vezes o nosso tempo tá muito [louco]=
 93 ALBERTO: [a sim-]
 94 ISABEL: =né. ele tá mudando muito assim ó de manhã tá
 95 chovendo >daqui pouquinho< esquentando >daqui
 96 pouquinho< tá frio (0.9) mas agora até ↑nem tenho
 97 sentido mai nada de dor
 98 (0.9)
 99 ALBERTO: **isso que tá escrito aqui**
 100 ISABEL: hm
 101 ALBERTO: **não é nada maligno**
 102 ISABEL: é
 103 ALBERTO: **não é**
 104 ISABEL: **ela me disse**
 105 ALBERTO: **é tudo: pode ser um pequeno cisto, pode ser até**
 106 **uma fibrosezinha (0.5) mas não tem nenhum aspecto**
 107 **maligno**
 108 ISABEL: mhm
 109 ALBERTO: **nessa descrição (.) nem aqui na mamografia °com**
 110 **certeza° então pode ficá:: (1.0) tranquila tá não**
 111 **precisa-**
 112 ISABEL: é ela me explicou assim doutor que (.) como foi
 113 mexido na mama né a mama: tem muita- muitos
 114 tecidos ali muito- ela é muito complexa por
 115 dentro aí até ela se ajeitá toda pode criá esses
 116 (.) cistozinhos de gordura, de líquido né
 117 ALBERTO: **isso mesmo**
 118 (2.6)
 119 ALBERTO: **nã:o nada nada nada**
 120 ISABEL: **é? (0.6) ai que bom**
 121 (1.1)
 122 ALBERTO: **pode ficar bem tranquila**
 123 (0.6)
 124 tá: podemos combiná de (.) fazê uma revisão

Das linhas 2 a 12, Isabel produz uma narrativa breve sobre não ter ficado satisfeita com um exame que explicita, entre outras coisas, sua vontade de que desse tudo bem:. Ela também produz, na linha 12, uma avaliação de seu estado emocional quanto ao resultado do exame (diz que ficou preocupada). Alberto justifica a ausência de resposta à Isabel naquele momento (linhas 15-16) com a revisão que precisa fazer sobre os medicamentos que ela está tomando e sobre alguma dor que ela sinta. Esse movimento nos mostra que tais consultas possuem uma organização relativamente fixa e que essa organização é muitas vezes a explicação para ausências “temporárias” de resposta dos médicos às solicitações mais indiretas das pacientes (GILL, 1998; OSTERMANN; SOUZA, 2009).

A partir da linha 99, Alberto produz sua avaliação do exame à paciente indo direto ao ponto: o achado não é maligno, com o que recebe concordância da paciente na linha 102 e um turno de afiliação com o posicionamento do médico em que Isabel diz que alguma médica já disse isso a ela. Das linhas 112 a 116, Isabel produz uma explicação que reflete seu status epistêmico sobre seu caso: ela já sabia que não era nada maligno, apesar de se construir anteriormente como preocupada. Esse movimento da paciente sugere-nos que suas contribuições das linhas 4 a 12 tratavam-se de um *fishing device* (POMERANTZ, 1984). Depois de dois segundos e meio em que provavelmente o médico continua a observar o exame, ele produz na sequência mais uma repetição de que não há nada de maligno na mama da paciente. O turno da linha 120 de Isabel é intrigante por possuir o formato de um turno pós-recebimento de boa notícia, marcando com o *é?* e a avaliação *ai que bom* certo caráter de *novidade* ao que Alberto está dizendo. Contudo, Alberto está a produzir repetições de sua avaliação da linha 101, ou seja, nada de novo. Alberto ainda produz uma avaliação com potencial para tranquilizar a paciente na linha 122.

O que nos chama a atenção nessa interação é o fato de Isabel, apesar de se construir como já sabedora de que não há malignidade envolvida no resultado do seu exame, produzir o turno da linha 120 (é? (0.6) ai que bom), que marca certa surpresa em seu recebimento da avaliação positiva do médico (como se fosse notícia para ela) seguida de uma avaliação positiva em resposta. Anita Pomerantz (2014, comunicação pessoal), ao falar de “projeto” e entrar no campo das pressuposições em perguntas, sugere que os interlocutores poderiam determinar, de acordo com o que entendem do propósito da pergunta do falante, o que dizer, o que não dizer, e que detalhes incluir ou excluir na sua resposta. Creio que nessa interação podemos fazer uma analogia da observação de Pomerantz: apesar de a narrativa da paciente não ter sido uma pergunta, ela revela um propósito de ter a tal “preocupação” devidamente tratada pelo oncologista. Ele, por sua vez, entende, e inclui tal entendimento na sua avaliação em resposta, que a paciente possa estar se referindo a uma malignidade no achado do exame – condição que impossibilita, assim, que a paciente considere que está “tudo bem” no exame. Esse excerto corrobora a asserção de que a busca pelo “tudo bem” configura-se como incessante nas consultas que fazem parte do *corpus* analisado. Outra implicação para esta análise com a descrição interacional deste excerto é para a constituição da relação médico-paciente: a paciente quer ouvir do médico o “tá tudo bem”, ainda que já saiba da resposta pelo profissional que realizou o exame.

Conforme analisado, há essa diferença entre as consultas de revisão e a primeira consulta mostrada: o oncologista não tratou com uma avaliação a avaliação de estado emocional produzida pela paciente nas primeiras, mas tratou na segunda. Isso pode nos apontar certa rotinização das consultas de revisão e acompanhamento, que ocupam menos tempo na agenda médica. Observe-se agora a subseção seguinte, que mostra como os médicos oferecem suas avaliações.

4.2 O “tá tudo bem” oferecido pelo médico sem ter sido solicitado

Na interação a seguir, analisa-se uma ocorrência de avaliação oferecida pelo médico à paciente que pode estar respondendo à avaliação de seu estado emocional mais no início da consulta. De qualquer forma, a avaliação aqui é sobre um dado físico, não emocional, mas que pode consistir no que o médico pode dar à paciente nesse momento. Note-se que é uma contribuição que não fora requerida sequencialmente.

Excerto 5

20 ALBERTO: >a gente< tinha se visto em março ↑né
 21 SALETE: é final de fevereiro que eu tinha feito aquela:
 22 ALBERTO: tomografi:a,
 23 SALETE: [°tomo°]
 24 ALBERTO: **[que tava] tudo bem**
 25 SALETE: mhm
 26 ALBERTO: e (.) continua tomando arimidex (.) >em comprimido<

Voltando à interação entre Alberto e Salete apresentada na subseção anterior, dezesseis linhas depois de Salete ter produzido uma avaliação de seu estado emocional, como já descrito, o médico relembra a paciente de que o último resultado de sua tomografia era bom, produzindo uma avaliação positiva de um evento passado (tava, linha 24). Nesse ponto da interação, ainda que não se saiba das intenções de Alberto (se ele considera que ela precise ser tranquilizada ou não), essa avaliação positiva constitui a evidência de um fato que tem potencial para tranquilizar a paciente. Assim, ao lembrar que até a última revisão estava tudo oficialmente bem (documentado através de exame de imagem), o médico conclama o status epistêmico aqui compartilhado por ambos os falantes (porque ela também sabe dos últimos resultados). Ao fazer o movimento de resgatar essa informação para Salete, Alberto de certa forma responde à avaliação da emoção que ela fizera anteriormente, retirando parte da legitimidade de seu medo, uma vez que as coisas estavam até então indo bem. Pela lógica,

se analisasse os últimos eventos, Salete poderia, assim, permitir-se sentir menos medo do que está atualmente.

Justamente porque não requerida sequencialmente, percebe-se que a avaliação de Alberto pode estar respondendo à avaliação de estado emocional de Salete. É nesse ponto que se sugere que as avaliações de estado emocional feitas pelas pacientes estão sendo respondidas com avaliações de seu estado físico.

Na interação a seguir, a paciente está retornando seus exames feitos ao médico. Ela está no período de consultas de revisão para controle. A paciente não fez avaliação de seu estado emocional, nem há pergunta direta para que o médico avalie seu estado de saúde, no entanto Francine está tomando um medicamento psicotrópico e fazendo terapia (ela e o médico conversaram sobre isso no início da consulta). O excerto a seguir mostra o ponto em que o médico oferece sua avaliação sobre os exames depois dessa conversa, orientando-se para os resultados.

Excerto 6

200 SÍLVIO: =pode sentá (.) (vou carimbá teu exame) (.)
 201 ((trecho inaudível de fala enquanto eles estão
 202 longe do gravador)) >tão normais.< não tem ↑nem
 203 uma alteração no teu exame
 204 (0.4)
 205 FRANCINE: °graças a deus°=
 206 SÍLVIO: =não tem nenhuma alteração (.)
 207 estão todos normais
 208 FRANCINE: (e os outros) tu chegaste a olhá? (.)
 209 SÍLVIO: sim todos normais também=
 210 FRANCINE: =tá tudo bem ent[ão]
 211 SÍLVIO: [quan]tas
 212 doses do zometa (tu fizeste)
 213 (0.4)
 214 FRANCINE: ↓ai acredito que e- eu comece:i (.) foi em
 ou↑tubro né

Das linhas 202 a 203, Sílvio, o oncologista, produz uma avaliação do resultado dos exames da paciente Francine, o que é recebido por ela com uma avaliação em resposta que

demonstra seu alívio (*graças a deus*). Conforme já constatado em sequências de boas notícias, atrasos ou hesitações são bem mais raros (MAYNARD, 2003), e de fato é o que acontece aqui: Sílvio produz sua avaliação positiva dos exames da paciente sem delonga. Nas linhas 206-207, o oncologista enfatiza sua avaliação positiva, repetindo-a (ele só muda os TCUs de posição em seu novo turno, praticamente, e inclui a palavra *todos* na linha 207). Francine ainda pergunta no próximo turno sobre outros exames (apesar de o médico recém ter se referido a “*todos*”), buscando, assim, uma confirmação de que “*tudo*” está bem, ou seja, uma avaliação 100% positiva, o que ela recebe de Sílvio no turno seguinte (que utiliza pela terceira vez a palavra *normais* para avaliar positivamente os exames). Francine, na linha 210 subsequente, emblematicamente para os dados deste estudo, explicita seu entendimento de que está tudo bem então, deflagrando o objetivo principal das consultas de acompanhamento ou revisão para as pacientes participantes da pesquisa.

O excerto seguinte, entre o oncologista Jorge e a paciente Alessandra – que está acompanhada por seu marido –, é de uma consulta de acompanhamento em que a paciente está trazendo exames realizados como controle. Observe a repetição da avaliação pelo médico, porém aqui com um escalonamento, assim como as avaliações repetidas que Sílvio produziu no excerto anterior.

Excerto 7

205 JORGE: [eu vou pedir] pra tirá o sapato
 206 e vou pedir pra ti ficar com a roupa de baixo,
 207 colocar o avental,(.) que eu vou sair um
 208 pouquinho pra analisar os teus exames e já volto
 209 tá
 210 ALESSANDRA: certo.
 211 JORGE: fica à vontade.
 212 (3.47) ((o médico sai da sala para analisar os
 213 exames da paciente e ouve-se a paciente
 214 conversando com o acompanhante))
 215 JORGE: **bem alessandra >os exames< estão ótimos vi::u**
 216 ALESSANDRA: **é:?**
 217 JORGE: **é sim**
 218 (1.2)
 219 JORGE: **os exames de sangue tão excelentes**

220 (2.1)
 221 ALESSANDRA: **hh graças a deus**
 222 JORGE: a última vez que eu te atendi foi lá [no=
 223 =((nome do hospital))]
 224 ALESSANDRA: [°é foi,°]
 225 (1.3)
 226 JORGE: abre bem grande a boca,

((turnos omitidos))

326 JORGE: ↑tá, ã: e aí eu te vô te vê de novo então faz três
 327 semanas para uma (.)
 328 Acomp.: sim
 329 JORGE: ↑tá, e nós vamos nos ver então com alguns exames tá
 330 alessandra?
 331 ALESSANDRA: certo
 332 JORGE: eu vou pedir aqui uma cintilo de esqueleto (0.4)
 333 JORGE: um raio-xis de tórax, uma eco (do abdome), uma
 334 ressonância da coluna
 335 (0.4)
 336 JORGE: [↑tá]
 337 ALESSANDRA: [tá bom.]
 338 (2.4)
 339 ALESSANDRA: °(deixá guardado)° ((parece se orientar ao
 340 acompanhante))
 341 (1.4)
 342 ALESSANDRA: **graças a deus que o principal o sangue tá bom né**
 343 **douto(h)r hah .hh**
 344 JORGE: **ã:rrã**
 345 Acomp.: foi mês passado que foi feito a cintilografia?

Enquanto a paciente se prepara para o momento do exame físico, o oncologista anuncia que sairá da sala para analisar os exames trazidos. Quando ele retorna, produz uma avaliação positiva dos exames, dizendo que estão ótimos (linha 215). A paciente parece pedir uma confirmação na linha 216 com um é: ? em entonação ascendente. Ao menos é isso que Jorge demonstra entender ao confirmar na linha 217. Depois de pouco mais de um segundo, ele produz nova avaliação sobre os exames, agora escalonando com o item lexical excelentes (linha 219). Por ser um escalonamento, e em um turno não sequencialmente requerido pela interlocutora, a paciente, considera-se este um movimento afiliativo do médico, que se orienta para a necessidade de tranquilização da paciente e provê essa avaliação positiva, ainda que ela seja parcial (pois são os exames de sangue somente a serem avaliados

aqui; os de imagem ela ainda vai fazer). Dois segundos depois, a paciente produz uma avaliação em resposta que revela o seu alívio com relação ao bom resultado (linha 221).

Mais para o final da consulta, a paciente solicita concordância do médico com seu posicionamento sobre o resultado do exame de sangue ter sido bom, referindo-se a esse achado como o *principal*. A concordância mínima do médico parece apontar para uma impossibilidade de ir adiante aqui, de, por exemplo, afiliar-se com o posicionamento da paciente, talvez por não poder afirmar que o sangue é “o principal” aspecto no controle da saúde de Alessandra.

Nota-se até aqui a orientação dos participantes à qual se refere neste estudo: (a) avaliações de estado emocional não são respondidas, ou são respondidas apenas em outro tipo de consulta; mas, na sequência, (b) médicos oferecem avaliações de estado físico / saúde física às pacientes.

4.3 Perguntas diretas aos médicos

O excerto seguinte é de uma interação que já foi analisada nas outras seções entre o oncologista Alberto e sua paciente Salete, que está em seu consultório para buscar a requisição para fazer seus exames de acompanhamento. Nesse excerto o médico está realizando um exame físico na paciente e o momento é de busca por possíveis novos sintomas ou nódulos. Note-se que aqui é a fase da consulta em que Salete produz uma pergunta direta. Veja-se a natureza de sua pergunta:

Excerto 8

61 ALBERTO: alguma- algum ↑nódulo alguma ↑ingua
 62 (0.4)
 63 ALBERTO: ↑n[ãõ]
 64 SALETE: [↑nã:õ] não haha .h
 65 ALBERTO: na↑da?
 66 (.)

66 ALBERTO: †não?
67 (3.4)
68 (agora vamo) medir a pressão
69 (3.3)
70 ALBERTO: pra respirar tudo bem?
71 (0.4)
72 SALETE: tá (0.5) °tudo bem°.
73 ALBERTO: respira fundo
74 (2.6)
75 ALBERTO: °de novo°
76 (4.2)
77 ALBERTO: °novo°
78 (4.1)
79 ALBERTO: °de novo°
80 (4.0)
81 ALBERTO: °†óti↓mo°=
82 SALETE: =tá tudo bem?
83 (0.6)
84 ALBERTO: **tudo bem**
85 SALETE: **ah que [bom hahaha]**
86 ALBERTO: [tá tudo ótimo]
87 (1.2)
88 ALBERTO: então Salete ((ruído de cadeira sendo arrastada))
89 vamo fazê: (0.4) >pode sent†á< (0.7) vamo fazê
90 teus exames novos †tá
91 SALETE: arrãm

Alberto pergunta à paciente se ela notou algum nódulo ou íngua na linha 61. Na sequência (linhas 63 e 64), tanto o médico quanto a paciente respectivamente perguntam e respondem “não” quase ao mesmo tempo. Na verdade, o †n[ãø] de Alberto, convidando a uma confirmação de Salete, antecipa a resposta da paciente por algum motivo, talvez pela breve pausa de Salete (linha 62). A resposta negativa de Salete é dita parcialmente sobreposta ao turno anterior e com marcadores que parecem traduzir um “nem pensar!”: ela diz não duas vezes, na primeira com um pico de entonação ascendente e um alongamento ([†nã:ø]), para em seguida repetir o *nãø* seguido de riso (*nãø haha .h*). A insistência de Alberto nas linhas 65 e 66 demonstra que ele não fica satisfeito com esses *nãos* de Salete da linha 64.

Pode-se ver que, depois que o médico mede sua pressão e faz a ausculta de seu peito, na linha 82, Salete produz uma pergunta polar que solicita uma avaliação do médico sugerindo, pela sua escolha lexical, um *tá tudo bem?* – que também aponta a preferência

da resposta que o médico deve prover. Repara-se que aqui há de fato uma pergunta direta que exerce pressão por resposta e que reafirma o *status* epistêmico de Alberto; e ainda que Alberto esteja restrito à preferência apontada pelo formato da pergunta de Salete, é ele quem pode confirmá-la ou desconfirmá-la. Outro detalhe é que podemos dizer que parece haver uma orientação de Salete ao fato de que o exame físico é o momento, de todos em sua consulta atual, mais propício para fazer uma pergunta direta sobre seu estado físico. Outro momento seria ao encaminhar-se para o final da consulta, como será visto no Excerto 9 da mesma interação.

Depois que o médico confirma que está tudo bem, com um atraso de pouco mais de meio segundo (linha 84), Salete produz uma avaliação positiva em resposta (ah que bom) e um riso ao final do turno (haha), linha 85, que podem ser entendidos como uma demonstração de alívio da paciente. O médico, na sequência, alinha-se à expressão de alívio de Salete, escalonando sua avaliação ao dizer que está tudo “ótimo”, em sobreposição à última palavra e ao riso do turno anterior de Salete (linha 86 – tá tudo ótimo). Esse alinhamento, por oferecer um suporte à evidente (em função da expressão de alívio) importância da avaliação “tudo bem” para a paciente ao escaloná-la, mostra-se um movimento afiliativo do médico. Essa nova avaliação, então, *afilia-se com* a importância do “tudo bem” para a paciente, ou seja, com a necessidade de tranquilização que esse tipo de consulta dá mostras de requerer.

No Excerto 9, apesar de Salete já ter recebido uma avaliação positiva do oncologista Alberto no momento em que a solicitou durante o exame médico, há mais uma ocorrência de solicitação de avaliação feita por ela sobre seu estado de saúde bem ao final dessa consulta, repetindo o tópico. Vejamos o excerto:

Excerto 9

110 SALETE: e aí doutor Alberto pelo que o senhor me escutou
 111 assim,=
 112 ALBERTO: =>tudo bem<
 113 SALETE: >mhm<
 114 (0.9)
 115 ALBERTO: faz os exames e aí me traz
 116 SALETE: aí depois (.) só daqui quatro meses ↑né=
 117 ALBERTO: =↑isso,
 118 mas primeiro me traz aí o exame [aí né]
 119 SALETE: [sim] sim °sim°
 120 ALBERTO: tá bom?
 121 SALETE: tá.

Dessa vez poderíamos falar em uma espécie de resíduo de sintoma (MAYNARD; FRANKEL, 2006), como tais pesquisadores observaram em alguns dados de interação médico-paciente. Os autores mostram que a entrega de boas notícias pode gerar uma incerteza do paciente sobre os sintomas que não puderam ser explicados racionalmente, depois de excluída alguma doença grave. Isso seria o resíduo, ou seja, o sintoma ou problema que fica sem um esclarecimento apesar de as notícias serem boas. Esse resíduo pode transparecer na insistência do paciente quanto a uma explicação para seu caso, desde uma rerepresentação de um sintoma até a repetição de uma pergunta, por exemplo.

Repetição é o que Salete faz nas linhas 110-111: uma nova pergunta direta ao médico (que exerce pressão para resposta). Talvez, para ela, a tosse apresentada no início da interação (turnos omitidos) ficou sem explicação já que, segundo o médico, está tudo bem. Dessa vez, a paciente escolhe uma pergunta mais aberta, em contraposição à pergunta polar que fizera (vide Excerto 8, anterior), repetindo então o tópico, mas não o formato da pergunta em si (e aí doutor Alberto pelo que o senhor me escutou assim,). A nova solicitação de avaliação ganha uma repetição da resposta anterior do oncologista: >tudo bem<. O que Alberto não faz aqui nem no Excerto 8, e que se diferencia do que Sílvia fizera com Anelise (Excerto 3), é prover *evidências* que mostrem que está tudo bem (como dizer, por exemplo,

que o pulmão está limpo, que a respiração está boa, etc). Essas evidências obviamente não seriam definitivas (no sentido de o médico não poder oferecer as garantias que os exames oferecerão ao ficarem prontos), mas sugere-se que a possibilidade é a de que elas funcionariam para a consulta em questão; ou seja, talvez a construção de evidências pudesse ter bastado para Salete, e ela não estaria ainda a buscar confirmações.

Somente o *tudo bem* ou o *tudo ótimo* não parecem ser suficientes como avaliação em alguns casos, ainda que o médico tenha se afiliado com a necessidade da paciente (Excerto 8, linhas 84 e 86). Assim, tem-se que esta não é a única interação em que essa solicitação de uma nova avaliação (de uma *reconfirmação*) é realizada pela paciente.

A reconfirmação (e seu pedido) também faz parte da recorrência observada nos dados. Há que se falar aqui, conforme o estudo de Sandén et al. (2001), que o maior objetivo de uma consulta de acompanhamento como estas sob análise é a reafirmação de que tudo está sob controle. Segundo os autores, os medos e as inseguranças “estão sempre presentes quando se pensa sobre o futuro” (2001, p. 140), referindo-se ao medo da morte como um dos principais existentes no horizonte do paciente de câncer. “Tá tudo bem” é então de fato o enunciado que elas buscam ouvir dos médicos por meio de suas solicitações de avaliações, mas obviamente que quanto mais fundamentado em evidências, além de escalonado, mais verossímil.

Retorno à interação cujo Excerto 2 já havia sido apresentado, para descrever agora uma avaliação do médico sobre o estado físico da paciente Rosane a partir da pergunta direta que ela faz, que acontece em momento adiante na sua consulta (mostrado aqui no Excerto 10). Note-se que aqui ela produz uma solicitação de avaliação / pergunta direta na mesma fase da consulta em que Salete (Excerto 9) o fez: na fase de fechamento. Há que se salientar que nesta interação o médico não oferecera nenhuma avaliação da saúde da paciente até então.

Excerto 10

299 ROSANE: e quanto a e:ste calorões é no:r↑mal
 300 ALBERTO: é norma:l Rosane. de↑pois com o tempo isso vai-
 301 ((barulho de carimbo)) vai diminui:ndo
 302 (1.0)
 303 ROSANE: (nossa) que de no:ite >tira a coberta bota a
 304 coberta< [hahahaha]
 305 ALBERTO: [eu se:i]
 306 (1.0)
 308 ALBERTO: >mas ainda bem que ↑tá< fri:o porque:--
 309 ROSANE: =é::
 310 ALBERTO: no c- verão é pio:r
 311 ROSANE: ↑ahh
 312 (.)
 313 ALBERTO: a↑té o verão vai tá melhor
 314 (2.0)
 315 ROSANE: **no ↑mais o tratamento tá indo bem,**
 316 (.)
 317 ALBERTO: **>excelente<**
 318 ROSANE: **então tá bom.**
 319 ALBERTO: tá:?
 320 (1.0)
 321 nos vemos aí: ã- >quando tivé os exa:mes ↑pron[tos]
 322 ROSANE: [tá:] =

Ao encaminharem-se para o final da consulta, a paciente solicita uma avaliação do oncologista sobre seus calorões (linha 299). Nessa consulta, primeiramente, Rosane expressara incômodo com seus calorões quando o oncologista estava fazendo as perguntas de rotina, em linhas omitidas, sobre como a paciente está fisicamente. O médico, porém, não tratara da queixa da paciente até que ela volta, aqui, na linha 299, a tocar no assunto. Observe-se que desta vez, então, em vez de queixar-se, ela faz uma pergunta polar direta ao médico, solicitando uma avaliação, ou seja, exercendo mais pressão por uma resposta do que sua queixa (em linhas omitidas) tinha exercido.

Na linha 315, Rosane solicita outra avaliação perguntando se o tratamento está indo bem. Vejam que essa solicitação tem o formato de uma pergunta polar e indica a preferência da resposta, uma concordância com a valência positiva da ideia expressa pelo item lexical “bem”. Alberto provê uma avaliação positiva em resposta (>excelente<) que na verdade é

um escalonamento de “bem”. Rosane ainda produz uma avaliação em resposta à avaliação do médico (então tá bom.)

Reitera-se aqui que tanto o tipo de pergunta (uma solicitação de avaliação apontando uma preferência por uma confirmação, uma avaliação positiva) quanto o tipo de resposta contendo um escalonamento são constantes nos dados. E, além da fase do exame físico, a fase final da consulta é também escolhida pelas pacientes para buscarem uma confirmação ou reconfirmação de que estão bem.

A próxima consulta é mostrada aqui para termos um exemplo de uma solicitação de avaliação produzida pela paciente de uma forma menos direta, mas que: (a) não é uma avaliação de seu estado emocional; e (b) está em um momento bastante propício para que a médica avalie seu estado de saúde (o momento em que ela está observando o resultado do exame). A paciente, Almerinda, está acompanhada de seu marido. Bianca é a mastologista. O momento em discussão acontece logo após a troca de cumprimentos entre os participantes e uma sequência em que a médica aborda de maneira bem humorada o tópico de o marido de Almerinda ser um marido preocupado. A médica, então, passa a olhar para os exames que a paciente trouxe consigo.

Excerto 11

50 BIANCA: e a manchinha na pele continua ali
 51 ALMERINDA: si:m aí agora a gente vai vê [né
 52 BIANCA: [mhm
 53 (3.0)
 54 ALMERINDA: ela colocô u:m (.)
 55 BIANCA: um re↑talho
 56 ALMERINDA: é °(uma coisa pra não-)°
 57 BIANCA: é não tem nada na mama ali
 58 (2.0)
 59 BIANCA: eles colocam esse retalho metálico porque daí a
 60 gente enxerga ali o::
 61 ALMERINDA: ãhã
 62 BIANCA: o: onde tá o: (2.0) a mancha na ↑pele porque
 63 muitas vezes (.) tu vai tê a mancha na pele e
 64 ela vai aparecer como sendo nódulo=

65 ALMERINDA: =sim [ela explicô]=
 66 BIANCA: [não dá]
 67 ALMERINDA: =ficô=
 68 BIANCA: =isso e aí a gente
 69 não vê nada ó (.) se:m=
 70 ALMERINDA: =ãhã
 71 BIANCA: bem lisinho
 72 (4.0)
 73 BIANCA: um exame bem (fundamental)
 74 (.)
 75 BIANCA: deixa eu pedi uma ecografia [também mas
 76 ALMERINDA: [mhm
 77 (5.0) ((provavelmente médica mexendo em papéis,
 pelo som))
 78 ALMERINDA: a doutora lá disse que tá tudo bem né
 79 (4.0)
 80 BIANCA: **tudo tra:nqui:lo (.) não tem (1.0) na::da=**
 81 ALMERINDA: **=nada (.) graças a deus**
 82 BIANCA: **nada preocupante**

((turnos omitidos))

111 BIANCA: **esse aqui da mama veio (.) muito bom esse**
 112 **tranquilo** mas
 113 ALMERINDA: (tem [que olhá né)
 114 BIANCA: [é sempre bom a gente olhá
 115 BIANCA: (se[não é um risco né)
 116 ALMERINDA: [te:m (.) te:m nã:o é=-
 117 ALMERINDA: =eu sei como é que é (.)
 118 nã:o:: deixá muito tempo
 119 (2.0)
 120 ALMERINDA: é >aquela coisa< que tu (.) vai deixa:ndo vai
 121 passa:ndo e aí
 122 (2.0)
 123 ALMERINDA: tu vê já passou um a:no do:is

Das linhas 50 a 73, a médica Bianca está observando as imagens da mamografia e explicando para Almerinda o que está vendo, pois a paciente possui um clipe metálico na mama que marca o local do tumor para abordagens futuras (que orienta a radioterapia, por exemplo) e para evitar falsos positivos nos exames de imagem¹³. Na linha 69, Bianca produz um turno que começa a delinear o resultado do exame de imagem da mama de Almerinda (e aí a gente não vê nada ó se:m (.) bem lisinha). Na linha 78, Almerinda conta

¹³ <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tipos-de-biopsias-para-o-diagnostico-do-cancer-de-mama/1390/264/>

à Bianca que outra médica disse que tá tudo bem, indiretamente solicitando de Bianca uma avaliação mais definitiva sobre seu exame. Na verdade, esse turno marca a pendência de uma avaliação oficial da médica, ou, especificamente, do “tá tudo bem” que a paciente espera. Depois de quatro segundos, Bianca produz sua avaliação. Em vez de formatar seu turno como uma confirmação do que disse Almerinda no turno anterior, ela se utiliza de itens lexicais diferentes, como as palavras *tudo tranquilo*, *nada* (linha 80) e *nada preocupante* (linha 82).

Nos turnos seguintes, Bianca oferece nova avaliação (linhas 111-112) para introduzir o lembrete à Almerinda de que, apesar da boa notícia, ela precisa reparar a frequência com que faz o exame para que não corra riscos. Outra vez ela utiliza a palavra *tranquilo* em sua avaliação. Diferentemente do que Sorjonen (2001) explica (um turno que torna uma afiliação relevante), não se tem aqui um turno da paciente que gere a necessidade de uma afiliação, ou seja, não se observa com *o que* a médica aqui poderia se afiliar.

4.4 A orientação a uma metáfora na busca pelo “tá tudo bem”?

O excerto a seguir é trazido para mostrar o que se sugere ser uma outra forma pela qual a busca pelo “tá tudo bem” revela-se. A consulta está em seus últimos momentos, a paciente e o médico inclusive já estão levantando de suas cadeiras. Vânia está acompanhada de sua filha. Ela é uma paciente em consulta de acompanhamento da quimioterapia. Anteriormente na consulta, o médico trabalhara com a metáfora do “filhotinho de Pit Bull” para explicar à paciente que seu câncer tinha características para ser agressivo caso não tivesse sido detectado e tratado a tempo.

Excerto 12

331 VÂNIA: acho que é isso aí né (.) então agora eu
332 tenho que lidá com meu pitbull hhahahaha[ha

333 FILHA: [não
 334 vamo amansá esse pit[bull=
 335 VÂNIA: [↑ã=
 336 FILHA: =vamo adestrá esse
 337 pitbull=
 338 VÂNIA: =°vô lidá com meu pitbull° ela ↑sabe lidá
 339 porque ela- ela lida com os animais [né
 340 SÍLVIO: [rã é heh]

O Excerto 12 mostra-nos o que Jefferson (1988) considera como *optimistic projection* (projeção otimista), que geralmente é o meio pelo qual as pessoas saem de suas narrativas sobre problemas, o que Maynard (2003) também observou como saída nas interações em que há comunicação de más notícias. Esse ponto de vista de Vânia explica-se pelo fato de que os interagentes aqui estavam falando sobre prognóstico, pois a filha de Vânia havia feito uma pergunta a respeito do tópico. Observa-se que esse ponto de vista da paciente, pelo seu posicionamento na interação (ao final), é também uma avaliação da consulta como um todo, do que fica como entendimento e como ação futura, porém em um tom jocoso / de riso de si mesma. Note-se que a filha da paciente é quem oferece uma resposta. Ela produz duas mudanças no item lexical lidar, que abarca um entendimento de “adaptar-se”: primeiro ela usa amansar, depois adestrar, dando a entender que o Pit Bull que se adaptaria à sua mãe, não o contrário, construindo Vânia como uma mulher que está nas rédeas do seu problema de saúde.

Esses turnos da filha de Vânia são intrigantes na medida em que parecem apontar para outro projeto que o turno de Vânia nas linhas 331-332 estaria realizando: uma busca por afiliação com seu ponto de vista. Contudo, em termos de posicionamento (final de consulta) e de formato (não necessariamente gerador de adjacência), o turno de Vânia não parece exercer uma pressão por alguma contribuição do médico, mas acaba angariando a afiliação de sua filha. Ainda assim, o que remanesce é que não há nessa consulta um fechamento comum a outras consultas de acompanhamento, que é uma retomada do “tudo bem”. No lugar disso, há

esse ponto de vista de Vânia (linhas 331-332), apropriando-se da metáfora utilizada pelo próprio médico em outro momento da consulta que poderia aqui estar fazendo o papel de uma busca pelo “tá tudo bem” ou equivalente.

Discussão

As análises dos excertos apresentados neste capítulo mostram um padrão que revela a organização da busca pelo “tá tudo bem” como uma espécie de *carimbo* ou de atestado de boa saúde que “aprovaria” as pacientes para uma próxima fase. Mostram também a orientação do médico para essa busca em interações em que, além de responder a solicitações de avaliação e de enfatizar avaliações positivas, ele também oferece avaliações positivas que têm potencial para tranquilizar a paciente – e as repete.

A busca repetida das pacientes por esse “carimbo” também pode sugerir a presença do medo da morte (SANDÉN et al. 2001), ainda que a maior parte dos casos seja considerada pelos médicos como de baixo risco para recidivas. Considera-se, assim, que a tranquilização da paciente também é importante e parece de fato ser um dos objetivos da consulta de revisão e acompanhamento para ambos os participantes.

A avaliação do estado emocional das pacientes produzida por elas próprias deflagra essa necessidade de ouvir que está tudo bem fisicamente. Se o médico não oferecer essa avaliação, a paciente irá solicitá-la de uma forma mais direta, por meio de uma pergunta polar, como foi evidenciado. A preferência observada nos dados é sempre pelas avaliações positivas – isso se mostra pelo fato de que a pergunta mais recorrente é na verdade um pedido de confirmação, prevendo uma concordância (tá tudo bem?), em vez de “e então, como estou?”.

O escalonamento das avaliações positivas que os médicos do ambiente pesquisado produzem ao utilizar palavras que enfatizam o lado positivo (“excelente”; “ótimo”; “tudo tranquilo”) consiste em um tipo de afiliação; entretanto, há que se observar que, mesmo em contextos de escalonamentos, na maioria das vezes a paciente ainda repete sua solicitação de avaliação. Isso pode estar apontando para a importância de que os profissionais da saúde retomem as evidências de que tudo está bem com a paciente, tal como mostrado na análise da primeira consulta (Excerto 1).

As ações descritas neste capítulo podem ser consideradas formas pelas quais as pacientes lidam com a impossibilidade das certezas no contexto do câncer. Suas avaliações de estado emocional e as repetidas solicitações de avaliação da sua saúde física demonstram que as pacientes estão a buscar uma certeza nesse contexto. Os oncologistas, ao avaliarem positivamente o aspecto físico das pacientes apenas, e não seu aspecto emocional, estão provendo o que é possível – gerenciando a certeza possível nesses casos. O próximo capítulo tratará de recomendações e prognósticos.

5 PROGNÓSTICOS E RECOMENDAÇÃO NAS INTERAÇÕES ENTRE PACIENTES DE MAMA E SEUS ONCOLOGISTAS

Neste capítulo, é analisada a solicitação de prognóstico por parte das pacientes, a resposta a essa solicitação pelos médicos, e a topicalização sobre prognóstico oferecida pelos médicos. Prognóstico é tomado aqui como “a opinião [avaliação] do médico sobre o curso e a duração da doença”, conforme o *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*.

Assim como a organização da busca pelo “tá tudo bem”, o tema do presente capítulo traz à superfície analítica outro locus de incertezas na interação oncologista-paciente: os prognósticos. Percebe-se que a fala sobre prognóstico é um processo que justamente lida com a impossibilidade da certeza; para que observemos tal fato, será evidenciada a relação da fala sobre prognósticos com a produção de recomendações e de justificativas, ações em que reside uma natureza argumentativa que parece responder a essa impossibilidade das certezas nos eventos analisados.

Tal como explicado na introdução e em outros capítulos ao longo desta tese, a literatura sobre comunicação na relação médico-paciente – de viés não-interacional – a respeito de prognósticos também está largamente fundamentada nas experiências de profissionais da saúde com pacientes *terminais*. O artigo de Paul Helft (2005), por exemplo, do *Journal of Clinical Oncology*, importante periódico dessa especialidade da área da saúde, evidencia a preocupação ética envolvida na comunicação de informações prognósticas para pacientes de câncer terminais. O autor mostra haver na área dois caminhos que são normalmente seguidos pelos profissionais da saúde. Alguns profissionais apresentam todas as informações prognósticas para os pacientes, possivelmente minando qualquer esperança, segundo afirma Helft (2005), e outros, como ele mesmo afirma fazer, “liberam” essas informações aos poucos, conforme os pacientes dão mostras de querer saber, como números

relacionados à expectativa de vida (como, por exemplo, quantos meses de vida são estimados para aquele paciente terminal).

Contudo, é praticamente inexistente a preocupação em se pesquisar a comunicação de prognósticos em contexto de consultas de acompanhamento como as deste estudo, ou de primeiras consultas oncológicas, em que o momento do diagnóstico do câncer já é etapa passada para paciente. Também não se trata com esta tese de momentos pertencentes a outro extremo: os desdobramentos com pacientes terminais.

Do universo dos dados coletados, o que se vê é que não são em todas as consultas que as pacientes ou os médicos dão mostras de estarem preocupados com prognósticos. Como mostrarei a seguir, os prognósticos são construídos com maior ênfase nas primeiras consultas com os oncologistas (uma com o oncologista responsável pela quimioterapia e outra com o oncologista responsável pela radioterapia). Especula-se que isso acontece em função de ser um momento-chave na vida da paciente, em função das novidades envolvidas; portanto, a primeira consulta parece ser um momento propício ao tópico “prognóstico”. Eles acontecem também em consultas na época da quimioterapia, porém pré-cirúrgicas, o que as diferencia das consultas de acompanhamento em que as mulheres em tratamento já fizeram a cirurgia. E acontecem em um caso à parte nos dados, o de uma paciente idosa que possui o caso mais complicado em termos médicos, mas que apresenta um quadro de estabilização que a está poupando da cirurgia para retirada do tumor. A relação importante de se fazer a partir da observação e análise dos dados é que as consultas de acompanhamento durante radioterapias (última etapa do tratamento do câncer) ou hormonioterapias (etapa em que a paciente está parcialmente “curada”, mas sendo acompanhada ao longo dos cinco anos em que continua seu tratamento hormonal) não evocam muitos prognósticos. Porém, é nelas que se viu que a busca pelo “tá tudo bem” está presente, como se fosse uma materialização das informações prognósticas às quais os falantes orientavam-se nas etapas mais iniciais.

A grande diferença entre os prognósticos que são oferecidos pelo médico e os que são solicitados pela paciente é que eles cumprem diferentes propósitos dentro da consulta. Os prognósticos oferecidos pelos médicos constroem recomendações e uma base para argumentações, além de acontecerem sem que a paciente tenha os requerido. Já os prognósticos solicitados pelas pacientes são pedidos de avaliações sobre seu futuro que acabam sendo providas pelo médico por meio de avaliações que têm o potencial de tranquilizá-la.

Nota-se que esses momentos de fala sobre prognósticos envolvem recomendações e também avaliações a respeito da saúde das pacientes. Muitas falas sobre prognóstico na verdade estão imbricadas em recomendações, e muitas recomendações topicalizam prognóstico e fazem movimentos avaliativos que têm o potencial de tranquilizar a paciente nas interações. Esses fatores parecem corresponder a processos mais argumentativos que acontecem nos excertos sob análise, que na sua maior parte advêm de duas primeiras consultas gravadas. Isto é, a natureza argumentativa desses encontros – observada nas ações de recomendar justificando para persuadir, de fazer uma avaliação prognóstica, de lidar com incertezas e por que não também de conquistar a nova paciente e sua família – é que se sugere que esteja tendo peso maior para esses profissionais.

Felicia Roberts (1999) e Brian Costello e Roberts (2001) tratam de recomendações no contexto médico, o primeiro estudo sendo exclusivamente no contexto do câncer de mama e o segundo, uma comparação entre esse contexto e o de medicina geral. Os autores enfatizam que um fator geral é o de as práticas envolvidas nas recomendações trabalharem a favor do que chamam de uma “maximização da concordância”. Nota-se que os autores salientam a agentividade das pacientes com relação ao aceite dessas recomendações (problematizando-as ou resistindo-as nas consultas), o que não se percebe no contexto do presente estudo.

Alinho-me a Roberts (1999) quando ela se refere a recomendações como “não somente a declaração que contém a recomendação, mas também a fala que a rodeia” (p. 74). A autora ainda afirma que a principal atividade nesses momentos é explicar e justificar para persuadir os pacientes a determinados caminhos no contexto dos tratamentos da mama.

Além de recomendação, outro ponto importante que a literatura traz e que podemos discutir nas análises deste capítulo é a relação entre *status* epistêmico e posicionamento epistêmico expressada em algumas ações. Heritage (2012) e Heritage e Raymond (2012) apresentam tais conceitos como fundamentais no entendimento de ações em primeira posição para podermos definir o que de fato está acontecendo no turno. Há que se retomar que ações em primeira posição são as que *criam* a necessidade de uma resposta na sequência, também chamadas de *geradoras de adjacência* (e.g. *Você me daria um copo d'água?*), e não as respostas em si, que são, então, consideradas ações em *segunda* posição (e.g. *Aqui está seu copo d'água*). Heritage (2012) mostra como as diferenças morfossintáticas (de palavras e estrutura dos enunciados) e de entonação, juntamente com o *status* epistêmico dos falantes (i.e. como o conhecimento sobre os fatos é distribuído pelos falantes de acordo com suas identidades e ações), são determinantes na diferenciação de ações como pedido de informação, pedido de confirmação, asserção requerendo suporte do outro, etc. O autor explica que os estados de conhecimento podem variar de momentos em que o falante tenha um conhecimento mais absoluto sobre algo e seu interlocutor nenhum, até momentos em que ambos tenham o mesmo nível de informação, e ainda variações nesses estados.

Salienta-se que neste capítulo são analisadas a solicitação de prognóstico por parte das pacientes, a resposta a essa solicitação pelos médicos, e a topicalização sobre prognóstico oferecida pelos médicos. O que nos interessa com a análise de cada um desses momentos é descrever as ações envolvidas e discutir como essas ações, ao fim e ao cabo, lidam com a impossibilidade da certeza sobre algo.

5.1 O prognóstico oferecido pelo médico

As duas interações que serão tratadas nesta subseção advêm de primeiras consultas. Na primeira delas, a paciente Anelise, uma mulher na meia idade, descobriu o tumor e fez a cirurgia de retirada com um mastologista, e agora consulta pela primeira vez com o oncologista para discutir o tratamento adjuvante que será escolhido (quimioterapia, hormonioterapia, etc.). Na outra, Neiva é uma paciente que vem de outra cidade, a uma distância de 500 quilômetros, para saber se necessita de radioterapia e se o equipamento de radioterapia da sua cidade é adequado. Ela já fez cirurgia e está fazendo as sessões de quimioterapia. É a primeira vez que consulta com o oncologista radioterápico.

A interação seguinte advem da primeira consulta de Anelise. Essa paciente trouxe seu marido e sua filha como acompanhantes. Ela fez a cirurgia da mama há pouco e está ali para decidir sobre tratamentos. Não se fala a palavra “câncer” (há *lesão*, *tumor*), nem o médico, nem a paciente. Essa evitação pode sugerir que o tópico (falar sobre câncer) também é delicado para os participantes, mas sobre isso apenas especula-se. Com esse excerto quer-se descrever como acontece a fala sobre prognóstico quando oferecida pelo médico e como determinados elementos contribuem para recomendações que ocorrerão ainda na mesma consulta.

Excerto 13

62 SÍLVIO: ((nome de uma mastologista))
 63 ANELISE: já fomos pra lá e e::m (.) uma semana eu já tava
 64 fazendo biópsia
 65 SÍLVIO: mhm. aí confirmô e:: (>aqui estamos<)=
 66 ANELISE: =e lamentavelmente chegamos a isso hah hh
 67 SÍLVIO: não mas sabe que pra te falar bem a verdade foi
 68 uma tremenda sorte viu uma lesão relativamente
 69 pequena relativa não- é pequena (0.9) hhhh o
 70 fato é o seguinte ó (.) chegou cedo numa lesão
 71 pequena sem envolvimento de axila (.) portanto
 72 uma lesão localizada isso é excelente (.) (me
 73 antecipa) o prognóstico (.) é: as características

74 (.) microambientais delas: que nos são um pouco
 75 divididas (.) hhhh ao mesmo tempo que ela veio
 76 o HER2 negati:vo BOM receptor hormonal positivo
 77 pra estrógeno (.) não- pra progesterona BOM
 78 TAMBÉM (.) negativo pra estrógeno tudo bem é
 79 ruim mas também o fato de ser positivo para
 80 estrógeno já compensa ((entendo que ele quis dizer
 "progesterona", conforme o auto-reparo na linha
 77))

Nesse excerto, na linha 66, Anelise produz ao final de sua narrativa uma avaliação de seu estado pessoal a respeito da descoberta do câncer. Após esse turno de Anelise (e lamentavelmente chegamos a isso hah hh), Sílvio passa a construir elementos que contribuem para o prognóstico. A narrativa dela continha uma avaliação negativa sobre sua situação; segundo a nomenclatura laboviana da narrativa (LABOV; WALETZKY, 1967), há nesse turno *avaliação* e *coda*. Sílvio inicia essa construção fazendo uma avaliação positiva de seu problema, o que demonstra que ele não concorda com ela (não mas sabe que pra te falar bem a verdade foi uma tremenda sorte viu uma lesão relativamente pequena relativa não- é pequena). A discordância de Sílvio aqui, interessante, trabalha a favor de uma afiliação, já que reconhece o projeto de Anelise de um sentimento negativo (dentro do escopo de lamentavelmente) e age para lidar com isso. Em seguida, passa a listar as evidências que justificam a avaliação positiva (lesão pequena, sem comprometimento de axilas), e nas linhas 72-73 voluntaria informações prognósticas avaliando explicitamente que seu prognóstico é excelente porque sua lesão é localizada. Apenas a partir daí é que Sílvio passa a falar de uma característica não positiva, o receptor hormonal positivo para progesterona. Importante dizer que esse turno de Sílvio, se pudéssemos falar sobre as estratégias desse médico para potencializar as chances de concordância da paciente com o que ele ainda irá sugerir nessa consulta em termos de

próximos passos, é uma argumentação que prepara o terreno prospectivamente nessa interação.

Nota-se que o lamentavelmente, o riso e a aspiração de Anelise no início do excerto geram importantes pistas sobre como ela se sente com relação a sua situação; conforme o dicionário Aurélio (2010), “lamentável” é aquilo que é digno de ser lamentado, digno de dó, algo considerado triste. Portanto, tristeza e dó pela situação que a envolve estão relacionadas à expressão de como Anelise se sente com relação ao câncer. Sílvia orienta-se para essa relação e faz a avaliação positiva do caso de Anelise justamente discordando do caráter lamentável de seu caso. Ao discordar e mostrar uma perspectiva positiva de seu problema (JEFFERSON, 1988; MAYNARD, 2003), o médico afilia-se, demonstra solidariedade com a situação (conforme Capítulo 4). Além disso, sua avaliação discordante em resposta acaba por refletir seu posicionamento como médico. Entretanto, não é somente esse seu posicionamento que tem o valor potencial de minimizar o que é lamentável para Anelise. Soma-se a isso a estratégia que o médico se vale, na sequência (a partir da linha 67), de listar todas as características positivas da situação da paciente, que tem potencial para ensiná-la a enxergar a sua condição de uma outra maneira.

O excerto analisado foi importante também para nos darmos conta da atividade maior que Sílvia acaba por fazer nesse excerto: no início da consulta produz uma avaliação que tem potencial para tranquilizar a paciente ao falar de pontos positivos e de sorte (linha 68), aproximando-se e angariando confiança da paciente e familiares.

No Excerto 14, contudo, ele irá topicalizar um problema e começar a recomendar determinado teste para a paciente. Vejamos como isso acontece:

Excerto 14

85 SÍLVIA: hhh ↑mas tem ↑um ↓uma proteína chamada QI67 que
86 fala de rotatividade celular.

87 ANELISE: h ((limpa a garganta)) mhm.
88 SÍLVIO: que essa é um pouco alta. ((voz um pouco mais
89 grave))
90 (1.5)
91 SÍLVIO: isso (.) fez com que fosse indicativo de grau
92 três. ((voz bem grave, pra dentro, mas não chega a
93 ser alteração em volume)) então ã::: (0.8) tem
94 características (.) lo-cais (1.5) que eu diria (.)
95 bá: com isso aqui tá resolvido nós só vamos fazer
96 bloqueio hormonal
97 (1.5)
98 ANELISE: mhm
99 SÍLVIO: se eu olhar pro teu teste imunohistoquímica eu vou
100 dizer assim puxa vida ã:: (1.0) era um- era um (.)
101 pit bull um filhotinho de pit bull mas era um pit
102 bull (1.5) tá (1.0) bem filhotinho re↑cém nascido
103 tu olha e não machuca nin↑guém mas era um pit bull
104 ANELISE: sim
105 SÍLVIO: nós tamo falando de um bicho que ia sê: (.)
106 agressivo. (.) ele certamente que ia crescê e ia
107 fazê um tremendo transtorno se não houvesse feito-
108 se não tivesse feito a:: interven↓ção
109 (2.0) ((toma o ar))
110 SÍLVIO: agora a pergunta que me fazem é o que que eu posso
111 fazê pra aumentá a tuas chances de cura
112 (1.0)
113 ANELISE: mm
114 (1.0)
115 SÍLVIO: evidente.
116 (1.5)
117 SÍLVIO: é muito possivelmente >estatisticamente falando<
118 que só a cirurgia (1.8) já tenha al- te- te oferecê
119 uma chance de cura muito boa (.) muito boa (0.8)
120 mas a gente sabe que só cirurgia não: (0.8) apesar
121 de ser uma boa chance de cura ainda tem um grupo
122 grande de pacientes que ainda vai voltá a doença
123 (1.0)
124 SÍLVIO: bom (1.0) o que a gente pode fazê pra diminuí isso
125 (.) eu sei que eu consigo diminuí a chance da
126 doença voltá se eu fizê bloqueio hormonal (.) no
127 teu ↓caso (0.7) será feito. (.) certo?
128 (1.0)
129 SÍLVIO: vamos fazê um bloqueio hormonal (.) resolvido (.)
130 tá tomada essa decisão
131 (2.0)
132 SÍLVIO: .hhh agora a outra pergunta tá vem cá e
133 ↑quimiotera↓pia (.) medicamento na veia (1.5) ã::::
134 pois então (2.0) com esses dados eu não posso te
135 dizê se tu te beneficia ou não (.) eles não vão me
136 respondê isso.
137 (1.5)
138 SÍLVIO: eu tenho que ou confiá na intuição e dizê olha
139 (1.5) vamos tomá
140 ANELISE: ((tosse))
141 SÍLVIO: vamo usá um critério subjetivo pra tomá essa
142 decisão ou eu progredi (.) em mais testes que vão

143 me chegá- que vão me ajudá a tomá essa decisão
 144 (2.0)
 145 SÍLVIO: o mais próximo ↑di↑sso que se tem dois- duas
 146 estratégias o onco^otype e o mamadin (.) são testes
 147 que fazem o seguinte eles são do ponto de vista
 148 científico muit:o (1.0) >inteligentes< (.) eles

A partir da pausa de um segundo da linha 84 e do turno das linhas 85-86, em que o oncologista anuncia um fato que se opõe às características positivas elencadas por ele no início da consulta, a paciente permanece em silêncio, bem como seus familiares. Essa característica de silêncio quase total, com mínimos recibos de escuta, enquanto o oncologista fala a partir da linha 88, marca esse momento explicativo que os falantes constroem conjuntamente.

Das linhas 85 a 108, Sílvia modula sua fala demarcando algumas avaliações negativas com um formato específico de más notícias (assume uma voz mais grave, solene, produz turnos descendentes, produz mais silêncios entre turnos, ou seja, muda a qualidade da voz até então, conforme descrito por Maynard, 1997). Note-se que, aqui, temos tópico (indicadores ruins nos exames) e ação delicada (ter que comunicar para a paciente e sua família essas avaliações ruins). Nas linhas 95-96, o médico ainda sinaliza indiretamente o que seria a primeira recomendação à paciente (bloqueio hormonal).

Nas linhas 110-111, Sílvia traz o tópico cura para a interação com o turno agora a pergunta que me fazem é o que que eu posso fazer pra aumentá a tuas chances de cura. Percebe-se a partir desse ponto que o médico utiliza o assunto prognóstico “cura”, principalmente aumento das chances de cura, comprometendo-se como seu agente e, assim, criando um ambiente favorável à sua recomendação em seguida a favor da realização do teste Oncotype (ou Mamadin, que é um genérico do Oncotype que, conforme explicado pelo médico em linhas omitidas, não é o preferível nesse contexto).

O Oncotype é um teste genético que avalia prognosticamente o comportamento das células cancerígenas da paciente com base em estatísticas relevantes sobre outros casos similares. Contudo, o custo do teste é elevado e na maioria das vezes tem que ser feito por via particular, já que os convênios não o financiam. Por se apresentar explicitamente preocupado em “aumentar as chances de cura” da paciente, Sílvio antecipa e lida com a possível resposta despreferida – uma recusa – de Anelise se porventura ela negar-se a fazer o teste.

Outro dado importante nesse excerto é que, como o teste pode poupar Anelise de uma quimioterapia – o que é explicado nas linhas 132 a 143 –, a informação sobre a quimioterapia também acaba tendo a valência de um argumento na construção da recomendação a favor da realização do Oncotype. O médico vale-se da discrepância entre tomar a decisão da quimioterapia seguindo um critério não científico (confiar na intuição) em contraposição a um científico, protocolar (progredir em mais testes que mostrarão mais evidências nas quais basear essa tomada de decisão).

Vejamos, no Excerto 15, como o médico continua a sua recomendação, porém lidando com a característica negativa da impossibilidade da certeza do teste, ou seja, há uma probabilidade de que o teste não forneça a resposta almejada.

Excerto 15

170 SÍLVIO: é o objeTivo desses testes genéticos é esse (.) eu
 171 sabê como que as anelises lá (.) se comporta[RAM
 172 ANELISE: [sim
 173 mhm
 174 SÍLVIO: pois então (.) só que esses testes eles têm alguns
 175 inconvenientes e algumas a- vantagens (.) a
 176 vantagem é que não precisa fazê nada em ti eles
 177 pegam aquela peça que foi biopsiada e é encaminhado
 178 para a análise
 179 ANELISE: sim
 180 SÍLVIO: tá bom. .hhh o inconveniente número um é que em um
 181 terço das vezes eles não vão respondê.
 182 (2.0)
 183 SÍLVIO: em um terço dos pacientes (1.5) a gente vai

possibilidade de exclusão da quimioterapia; (3º) teste Oncotype; (4º) pontos positivos do teste; (5º) pontos negativos do teste. O médico também cria um ambiente mais favorável ao aceite da sua recomendação de realização do Oncotype ao dizer que ele pode excluir a necessidade da muitas vezes temida quimioterapia.

O principal inconveniente do teste recomendado, segundo o médico, é que sua real eficácia para cobrir a necessidade de saber do médico não é garantida (linhas 180-181), o que pode fazer com que a dúvida sobre quimioterapia remanesça mesmo depois da realização do exame (e do investimento financeiro). Nas linhas 199 e 208, quando Anelise afirma já ter solicitado as lâminas (material que será utilizado nesse exame Oncotype), podemos considerar a contribuição como a sinalização de um aceite da recomendação de realização do teste. E das linhas 210 a 212, agindo sobre essa sinalização de Anelise, Sílvio interpreta tal escolha como um baita negócio justamente por poder poupá-la de uma quimioterapia desnecessária, valorizando, ao avaliar como positiva, a linha de raciocínio de Anelise e a sinalização de concordância expressa até aqui.

O Excerto 16 mostra o turno em que de fato a paciente produz o aceite da recomendação e seu entendimento de que a quimioterapia *não* é positiva por seus efeitos colaterais.

Excerto 16

497 ANELISE: †é eu::: o:: é- o meu- acho que- (1.5) cada caso
 498 é um caso né mas pelo que a gente viu dos- dos
 499 re:stos do- de †quimio né do que é- do- dos
 500 efeitos colaterais .hhhhh eu acho que vale a
 501 pena
 502 SÍLVIO: é não te:m- até porque tem uma coisa assim não
 503 é só o desconforto da quimioterapia no momento
 504 de fazê eu tenho que me preocupá com potenciais
 505 toxicidades tardias que tu vai ficá: (.)
 506 levando para o resto da vida
 507 ANELISE: †si:m
 508 SÍLVIO: não quero te deixá com problemas:: a longo
 509 prazo que possam ser um dia um problema para
 510 a tua saúde. (.) entã:o (1.8) eu tenho que

511 cuidá nisso
 512 (1.0)
 513 ANELISE: é .hhh acho que vamo fazê então né
 514 FILHA: °(olha) mãe (.) (acho que sem dúvida né)°
 515 SÍLVIO: deixa eu ver o que eu consigo agora já vou te dizê
 isso

É à quimioterapia (e seus efeitos colaterais) que Anelise também se orienta ao começar a delinear uma resposta favorável nas linhas 500-501. Sílvia ainda age mais uma vez sobre tal resposta favorável de Anelise, corroborando sua ideia de que vale a pena, ao lembrá-la de que não são apenas os efeitos colaterais momentâneos que são preocupantes, mas também a toxicidade que uma quimioterapia pode causar. Das linhas 508-511, o oncologista constrói-se como preocupado e cuidadoso a respeito da situação de Anelise. No próximo turno, a paciente explicita o seu aceite, ou seja, a sua concordância com a recomendação do médico.

O excerto analisado mostrou o fechamento do momento da recomendação do exame Oncotype na interação, que culminara no aceite da paciente. Nos excertos da interação entre Anelise e Sílvia analisados até aqui, o foco foram os movimentos do médico de recomendação do exame entremeados pelas características argumentativas dessa sua fala – incluindo o tópico prognóstico “cura” trazido por ele à interação para introduzir suas recomendações.

Na próxima interação, também de primeira consulta, discute-se como as justificativas servem às recomendações que estão calcadas na impossibilidade da certeza. Neiva é uma paciente que vem de longe para saber se necessita de radioterapia. Ela já fez cirurgia e está terminando as sessões de quimioterapia. É a primeira vez que consulta com o oncologista radioterápico Fabrício, indicado por seu mastologista. Ambos os médicos são da mesma instituição e costumam trabalhar em parceria e trocar informação sobre as pacientes, porém estão alocados em unidades diferentes. No Excerto 17 discute-se a impossibilidade de certeza

na recomendação da radioterapia com a qual o médico lida em sua fala, o que o leva a produzir justificativas.

Excerto 17

- 115 FABRÍCIO: =ou seja com os mesmos potenciais ou chances de
 116 cura desde que nesse grupo que eu conservo a ↑mama
 117 eu faça radioterapia da mama que restô. (.) certo?
 118 NEIVA: âm=
 119 FABRÍCIO: =que eu (.) aspas esterilize essa mama (.) ↑tá::
 120 (.) .hhhh (.) o que tá: acontecendo nessa história
 121 toda é o seguinte (.) dentro do grupo de mulheres
 122 que- (.) que fizeram a mastecto↑mia .hh existe um
 123 subgrupo de pacientes (.) que mesmo que elas tenham
 124 tirado toda a mama .hhh eu ainda boto as coisas na
 125 balança e pesando os riscos que ela tem ela ainda
 126 também sai com chance de recidiva que ↑justifique
 127 eu fazer radioterapia dessa mama. (.) dessa aspas
 128 mama hoje em dia seja ela prótese, seja expansor,
 129 seja pele e ↑osso (.) hoje justifica isso aqui. da
 130 mesma maneira que a gente sabe que DEve existir um
 131 subgrupo de pacientes DENTro desse grupo de
 132 mulheres que conservaram a mama que talvez de tão
 133 bom prognóstico elas talvez nem sequer preci↑sassem
 134 de radioterapia. [tá::
 135 NEIVA: [mhmm
 136 FABRÍCIO: enquanto a gente não tiver informações de análises
 137 genéticas todas é:: completas dessas pacientes a
 138 gente acaba tratando esse grupo ↓todo. .hhh então
 139 tem algumas coisas que tão acontecendo contigo por
 140 exemplo assim o crité::rio aquele assim de fincá o
 141 pé de dizê que tu tem uma indicação, que tu é um
 142 subgrupo de com↑pleto risco vamos dizer assim a- a
 143 despeito de tu teres feito a mastectomia tu fazê a
 144 radioterapia a↑gora que não é.=
 145 NEIVA: =mhm=
 146 FABRÍCIO: =en↑tende (.) tu não tem características (acima
 147 do normal), de cinco centímetros, axila maciçamente
 148 comprometida tu não es↑tá nesse grupo então é uma
 149 coisa que eu quero te deixar [clara
 150 NEIVA: [si:m [sim
 151 FABRÍCIO: [então assim não
 152 tô indicando radioterapia pelo fato simples assim
 153 ah não ela é uma paciente de risco, tinha um tumor
 154 horroroso, tinha gânglios ã:: ã: ma- maciçamente
 155 comprometidos que tu tenha a indicação de fazê. mas
 156 ao mesmo tempo tu há de convir comigo que a
 157 cirurgia hoje em dia essa cirurgia intermediária
 158 que se faz hhh que não é nem a mastectomia clássica
 159 nem a setorectomia, tu tá aqui no meio.
 160 NEIVA: mhm=
 161 FABRÍCIO: =tu en↑tende
 162 NEIVA: [ãrrã

Nas linhas 115-116, Fabrício topicaliza chances de cura, trazendo ele mesmo, então, o assunto prognóstico para a conversa. A partir da linha 115, vê-se a problemática da impossibilidade de o oncologista recomendar algo para a paciente (a radioterapia) baseando-se apenas em evidências, já que o caso dela envolve fatores incertos (por um lado não possui linfonodos positivos – não a caracterizando como pertencente a um subgrupo de completo risco –, por outro lado, sua cirurgia poupou a pele e o mamilo da sua mama). Além disso, ele explica, das linhas 136 a 144, que justamente porque não se tem o perfil genético completo de cada paciente, a radioterapia acaba por ser indicada igualmente para o grupo todo (mastectomias e retiradas parciais). Também especifica, das linhas 146-149, que as características do tumor de Neiva não são ruins e, na linha 152, sinaliza sua recomendação de radioterapia justificando-a não pelo fato das características do tumor em si, mas pelo fato de Neiva ter feito uma mastectomia que não é a clássica, ou seja, total.

No Excerto 18, nota-se que o médico continua provendo justificativas para sua recomendação, o que parece uma tentativa de lidar com a impossibilidade de certezas absolutas no que recomenda.

Excerto 18

163 FABRÍCIO: [então a gente ainda tá numa vamos dizer assim até
 164 que as coisas estejam muito sedimen↑tadas, eu
 165 ainda- a gente ainda tem essa convicção de que pela
 166 cirur↑gia ã- ter sido ã vamos dizer assim pelo
 167 menos poupadora da pele tá pele e mamilo coisa e
 168 tal que tu tenha esvaziado o conteúdo da mama
 169 inte:ira a gente sempre fica nesse questionamento
 170 do quanto e quando é indicado pra essas pacientes
 171 a↑qui que estão nessa coluna do meio que é o teu
 172 caso a radioterapia. (.) o que tá acontecendo
 173 também nessa- nesse teu aspecto é que muito mais eu
 174 tô indicando pela primeira fragmentação da doença
 175 que saiu como se fosse um fibroadenoma pra daí
 176 depois o Francis a- até vô te dizê ↑mais assim
 177 talvez até a própria cirurgia do francis ele tenha

206 NEIVA: [sim
207 FABRÍCIO: eu sou muito convicto de que tem que te tratá.

Na linha 202, o médico ainda produz mais um argumento que favorece a sua recomendação da radioterapia: o cirurgião mastologista conta com essa cobertura. Esse argumento, aliado ao posicionamento que Fabrício produz na linha 207, respondendo com veemência à dúvida inicial da paciente com relação à radioterapia, não somente revelam o posicionamento de ambos os médicos, como constroem seus status epistêmicos de sabedores da melhor decisão. E isso se dá aqui via enunciados declarativos, além do uso do item lexical *convicto*, ou seja, mais assertivamente, diferentemente dos turnos anteriores em que Fabrício entremeava suas recomendações às justificativas e às incertezas da tomada de decisão.

Interessante de se notar esses movimentos nessa interação: o tópico “chances de cura” para introduzir argumentos que, ao fim e ao cabo, culminam na recomendação de que Neiva deve, sim, fazer a radioterapia. Diferentemente de apenas dizer que sim, ela deve fazer, ele constrói um *account*, uma explicação do porquê ela deve fazer o tratamento. Vê-se que o oncologista radioterapeuta utiliza-se de algumas escolhas lexicais em sua argumentação que acabam por colocar a paciente em uma situação em que se faz necessária uma concordância com sua lógica e que, em uma sequência – comparados com tudo que veio antes –, funcionam como um escalonamento de seus argumentos, como é o caso do uso de *mas* ao mesmo tempo *tu há de convir comigo*, na linha 156, e *tu entende*, na linha 161. O que mais chama a atenção nessa interação é a conjugação da impossibilidade da certeza baseada em evidências para a recomendação da radioterapia com a argumentação, que perpassa as justificativas, que o médico precisa realizar ao mesmo tempo em que recomenda.

5.2 Solicitações de prognóstico produzidas pelas pacientes e as respostas dos médicos

Nesta subseção são analisados e discutidos os prognósticos solicitados pelas pacientes. Diferentemente daqueles oferecidos pelos médicos, estes prognósticos constituem pedidos de informação sobre seu futuro que acaba sendo dada pelo médico por meio de avaliações que podem ter o potencial de tranquilizá-la. Pretende-se mostrar, principalmente, como as características das respostas dos médicos (e, em alguns casos, da própria solicitação de prognóstico feita pela paciente) lidam com a impossibilidade da certeza no contexto estudado, ou seja, a impossibilidade de se saber resultados de tratamentos ou até mesmo detalhes sobre próximas ações.

As três consultas analisadas nesta subseção divergem bastante entre si. Uma delas é uma consulta de acompanhamento de tratamento de uma mulher idosa que possui um quadro de câncer de mama com complicações ósseas, porém estabilizado. Ela não fez cirurgia pela sua idade e sua patologia cardíaca. O oncologista apenas controla o caso com quimioterapia e exames. Outra é uma paciente jovem, de 27 anos, que descobriu o câncer recentemente, fez algumas sessões de quimioterapia e está consultando com seu oncologista um dia antes da cirurgia para retirada do tumor. A terceira é continuação da primeira consulta oncológica de Anelise, discutida também na seção anterior.

Em primeiro lugar, como dado de observação de campo, há que se explicar que a paciente do Excerto 20, Geneci, de 85 anos, possivelmente tenha algum tipo de problema de memória. No momento em que eu pedia seu consentimento para gravar o atendimento que receberia, ela iniciou uma narrativa sobre sua história, repetindo vários fatos. A filha de Geneci estava junto e intervinha a todo momento. Fiquei sabendo então que é a filha quem cuida dela, que sabe de fato o que está se passando quanto à saúde da mãe e que toma as decisões referentes ao tratamento. É a filha também que tem um papel ativo nas consultas, como se pode observar, e o médico, como já sabe desses fatos, volta-se praticamente só para a

filha de Geneci no momento da consulta. É como se a Geneci fosse a acompanhante, não o contrário.

No Excerto 20, a filha de Geneci faz uma pergunta ao médico que solicita um prognóstico para o caso de sua mãe. Note-se que a impossibilidade de uma resposta assertiva faz com que o médico demonstre certa resistência em sua fala e produza justificativas.

Excerto 20

395 FILHA: [>e-] e- e ↑há (assim) < a
 396 possibilidade de cu:ra, (.) pra e:la
 397 BERNARDO: °.hh°=
 398 FILHA: =é: difícil.
 399 BERNARDO: ↑é (.) >isso é< uma:: né, (.) mas assim é uma:::
 400 uma::: esse ↑tipo de (situa↑ção) >principalmente
 401 quando não< ↑tem envolvime:nto orgâni↑co ↑fígado
 402 pul↑mões ete↑cetera, (1.0) ã: é controla:do por
 403 bas↑tante basta:nte te:mpo,
 404 (1.0)
 405 BERNARDO: ↑com o tratamento atu↑al ↓né depois a gente até:
 406 ↑tem- ↑outras alternati:vas, (.) a serem
 407 empre↑gadas né: ↑pra: (.) também ir: controla:ndo a
 408 doença. (.) né: por bastante ↑tempo mas assim, (.)
 409 <se eu fo:sse te:: respondê::> (.) >que a< (↑cura)
 410 é uma coisa relati:va né:
 411 (1.0)
 412 FILHA: >↑é porque >aí também tem que ficá na observação<,
 413 pra vê se tem re↑torno,<=
 414 BERNARDO: =↑é: acho assi::m (.) >acho
 415 que< é:: o importa:nte é o que a gente tá obte:ndo
 416 ago:ra (.) o que foi assi:m
 417 (1.0)
 418 BERNARDO: que ne:sse mo↑mento a gente tá- muito pró:ximo
 419 duma: duma resposta máxima né:
 420 (.)
 421 FILHA: °é°=
 422 BERNARDO: =porque:- apenas (ima:gens) tá aparecendo >às
 423 vezes< o que acontece é que fica tudo i↑gual não-
 424 (.) não pro↑gride a pessoa me↑lhora se sente
 425 melhor. .h mas aqui >nós estamos tendo< a↑inda uma
 426 correlação bo:a, (.) com a melhora das ima:gens (.)
 427 né:. (.) então,
 428 (2.0)
 429 me↑lhora impossí:vel=
 430 GENECCI: =que: ↑bom doutor=
 431 BERNARDO: =hehehehe
 432 (1.0)
 433 BERNARDO: tá:,

Nas linhas 395-396, a filha pergunta ao oncologista Bernardo se há uma possibilidade de cura para sua mãe. Podemos ver pelos falsos inícios, pelo alongamento e pela micropausa que o formato da solicitação de prognóstico produzida pela filha de Geneci compõem marcadores particulares juntamente com o tópico “cura”. Os atrasos de tópico que ela produz por meio dos falsos inícios, o uso da palavra *possibilidade*, que marca uma incerteza, e o alongamento e a entonação em *cu:ra*, mostram que ela pode estar orientando-se para, antecipando, uma resposta despreferida de seu interlocutor, o médico. Na linha 397, depois da pergunta da filha de Geneci, o oncologista toma ar em vez de começar sua resposta de pronto e, possivelmente por essa indicação do médico de uma dificuldade em responder, a filha de Geneci antecipa uma má notícia na linha 398 (*é: difícil.*), ou orienta-se a essa dificuldade do médico como um indicativo de uma resposta negativa vindoura.

Em primeiro lugar, o que chama prontamente a atenção é a extensão dos turnos do oncologista em sua resposta, que são longos, com vasto material morfológico. Bernardo, na linha 399, provê sua resposta transformativa à pergunta polar feita pela filha da paciente (RAYMOND, 2003; STIVERS, HAYASHI, 2010), ou seja, não responde alternativamente o *sim* ou o *não* que a pergunta inicial requeria, mas lida em seu formato com a impossibilidade de uma certeza – e de uma polaridade “certa”. O médico, ao iniciar o prognóstico, a avaliação, produz alongamentos, pausas e micropausas, o que marca também que possivelmente para ele é uma ação delicada responder a uma pergunta dessa natureza, ou seja, avaliar que a cura é relativa (linhas 409-410), que é com o gerenciamento da doença que estão lidando. Além disso, a característica dos turnos de Bernardo demonstra uma mitigação de sua resposta. Como representante da medicina, também pode ser difícil para Bernardo admitir que não há uma cura para o caso em questão, o que pode ser cogitado por seu foco em ressaltar o lado

positivo do controle da doença (linhas 402 e 407) e em afirmar que a cura é *relativa* (linha 410), em vez de dizer que *não* há cura, apenas controle.

Depois das linhas 412-413, em que a filha de Geneci produz uma contribuição que mostra que ela se alinha e concorda com a resposta do médico, Bernardo começa a enfatizar o que há de positivo no prognóstico. Ele vale-se de seu posicionamento epistêmico (que revela seu status epistêmico) para ressaltar as evidências positivas, e com isso faz com que a filha de Geneci possa aproximar-se de ver o problema como ele vê. O que há de positivo no prognóstico de Geneci atualmente é a boa resposta de seu organismo ao tratamento, ou seja, além de não apresentar pioras (linhas 414 a 419), teve até mesmo uma melhora nos exames de imagem (linhas 422-427). Na linha 429, o médico encerra o tópico com uma avaliação pontual positiva (*me↑lhor impossí:vel=*), que é respondida com uma avaliação positiva pela própria paciente Geneci no turno seguinte (*=que: ↑bom doutor=*).

No turno seguinte (linha 431), o riso de Bernardo talvez seja também mais um marcador da delicadeza da ação de ter que responder que a cura da paciente que está na sua frente é relativa. Ou ainda pode estar contribuindo para um “gerenciamento do otimismo”, conforme Beach e Hopper (2000) e Beach (2002) afirmam. Esse conceito foi trazido por esses autores para descrever o tipo de atividade conversacional em que os dois se engajavam quando do enfrentamento do câncer por Robert Hopper: falar nos pontos positivos e no que está sendo feito pela equipe médica e passar de uma entrega de má notícia a uma boa notícia na sequência são algumas atividades. Como discutido no capítulo anterior, Maynard (2003) considera essa “perspectiva positiva” como uma das saídas na fala sobre comunicação de más notícias. Essa perspectiva parece pertinente também aqui, apesar de a sequência aberta pela filha de Geneci ao perguntar se há uma possibilidade de cura para a doença da mãe não ser uma sequência canônica de más notícias. Segundo Maynard (2003), a sequência canônica de

más notícias apresentaria quatro partes¹⁵ e prosódia específica (que determina a valência da notícia para o interlocutor). Além disso, a ênfase que o médico coloca no “lado positivo” tem potencial para tranquilizar da paciente – e sua filha –, mesmo em um contexto não muito favorável (de impossibilidade de reais boas notícias).

Conforme Silverman e Peräkylä (1990), em seu estudo sobre a fala-em-interação no contexto de aconselhamento de pacientes com AIDS, tópicos delicados frequentemente trazem consigo perturbações na fala dos interagentes, que são as pausas, os atrasos, os falsos inícios, as hesitações, e outros marcadores próprios daquele contexto. As “perturbações” trazidas pelos interagentes no excerto sob análise sugerem que também o tópico é delicado. Entretanto, mais do que tópico delicado, são as ações de perguntar se há cura e de ter que responder que não há cura que possivelmente são mais delicadas para esses interagentes, pois podemos especular que se a pergunta não previsse uma resposta desfavorável, e se a resposta de fato não fosse desfavorável e envolvesse certo grau de incerteza, o formato desses turnos seria outro, ainda que sobre o mesmo tópico “cura”. O tamanho dos turnos, principalmente os de Bernardo, também seriam menores.

O Excerto 21 deriva da interação entre o oncologista Alberto e uma jovem que já é sua paciente, está fazendo sessões de quimioterapia, e iria ser operada para retirada do tumor da mama no dia seguinte a essa consulta. O excerto trazido aborda uma dúvida da paciente a respeito do tratamento chamado hormonioterapia, que a maioria das pacientes de mama faz porque muitas vezes há um dos hormônios femininos envolvidos no desenvolvimento das células do câncer. Assim, essa terapia consiste em um bloqueador desse hormônio feminino. Apesar de não haver tópico como cura nesta interação, a pergunta da paciente faz com que o médico tenha que realizar uma avaliação sobre um próximo passo, e é isso que é tomado aqui como solicitação de informação prognóstica. Nessa interação, a solicitação de informação

¹⁵ Anúncio da notícia; resposta ao anúncio; elaboração da notícia; avaliação da notícia (MAYNARD, 2003, p. 95).

prognóstica da paciente gera uma sequência de justificativa e recomendação na resposta produzida pelo médico.

Excerto 21

199 PALOMA: sim. e como é que funciona o tamoxife:↑no (.) isso
 200 já é predeterminado que eu vô fazê:,
 201 ALBERTO: deixa eu olhá uma coisinha aqui:: hh
 202 (1.2)
 203 ALBERTO: a princípio,
 204 (6.0) ((Ouve-se barulho de papéis. O médico está
 205 olhando pasta da paciente com as cópias de seus
 206 exames e tudo até ali.))
 207 ALBERTO: a princípio, ã:: ↑si:m (.) já- o <fato> de que na
 208 t↑ua (.) imunohistoquímica tinha receptor de
 209 ↑progesterona presente indica que vale a pena a
 210 gente usá u::m bloqueador. hh então: a princípio
 211 sim é claro que no material a↑gora é: que vai ser
 212 retira:do na cirur↑gia isso vai pra exame também
 213 para a imunohistoquímica a princípio também.
 214 PALOMA: mhm
 215 ALBERTO: então vai determi↑ná (.) só se mudasse mas é
 216 difícil que mude. muito ↑raro mudá. então muito
 217 provavelmente tu vá usá: pra prevenção. (0.9)
 218 depois. também não precisa ser nada antes de final
 219 de feve↓reiro
 220 PALOMA: mhm
 221 ALBERTO: pra tá inician↓do (.) e é absolutamente tranquil[o=
 222 PALOMA: [mhm
 223 ALBERTO: =um comprimido por ↑dia
 224 PALOMA: si[m
 225 ALBERTO: [sem nenhum efeito colateral.
 226 PALOMA: sim
 227 ALBERTO: menstruação?
 228 PALOMA: nada

Na linha 199, Paloma pergunta ao oncologista em seu primeiro TCU como funciona o Tamoxifeno¹⁶, e como analista não se sabe se ela está retomando um assunto topicalizado em

¹⁶ “Tamoxifeno é um Modulador Seletivo do Receptor de Estrógeno oral que é utilizado no tratamento do câncer de mama, e é atualmente o tratamento mais vendido para este tipo de câncer. Ele é utilizado para o tratamento de câncer de mama em estágios iniciais ou avançados em mulheres pré ou pós-menopáusicas. Também é aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA) para a redução da incidência de câncer de mama em mulheres com alto risco de desenvolvimento da doença. Também foi aprovado pela redução da incidência de câncer de mama contralateral (do seio do lado oposto).” Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Tamoxifeno> (informação de 2013).

consulta anterior ou se ela está aqui se valendo apenas de seu conhecimento sobre o medicamento. No mesmo turno (linhas 199-200), ela ainda insere uma pergunta polar sobre se esse tratamento já está predeterminado para ela (que parece tratar a questão como algo cuja decisão não lhe cabe). Ao requerer o posicionamento epistêmico do oncologista por meio de sua pergunta, Paloma também atualiza o *status* epistêmico de ambos – ele sabedor da informação que ela busca. Na linha 201, Alberto produz um turno que não é uma resposta à pergunta realizada, mas que explica sua incapacidade de responder sem antes consultar a pasta da paciente, já que ele precisa resgatar informações. Na linha 203, o formato do turno de Alberto, a partir de *a princípio*, constrói a despreferência de sua resposta. Na verdade, a pergunta de Paloma não é feita com um formato que antecipe o que será má notícia ou boa notícia para ela. Entretanto, neste contexto, é sabido que o bloqueio hormonal significa alguns anos de maior controle e preocupação quanto à saúde, uma postergação do estar livre do câncer. Além do que, para pacientes em idade fértil, significa a impossibilidade de ter uma gravidez por pelo menos cinco anos subsequentes.

Das linhas 207 a 210, justamente o que o oncologista faz é buscar um argumento que dê validade à sua confirmação de que ela terá que passar pela hormonioterapia. Ele então justifica o fato com uma evidência – que nesse caso é o fato de o exame imunohistoquímico ter mostrado que o tumor dela possui um receptor hormonal. A partir da linha 218, Alberto apresenta uma nova perspectiva (amenizada) da notícia, ao prover pontos positivos, como a não-urgência para o início desse tratamento, o fato de ser absolutamente tranquilo (linha 221), com um comprimido por dia (linha 223) e sem nenhum efeito colateral (linha 225). Essa amenização também revela o caráter despreferido de sua resposta, além de contribuir para a argumentação do médico a respeito da recomendação pelo

No *site* da Agency for Healthcare Research and Quality, do Departamento de Saúde dos Estados Unidos, um texto de 2009 aponta vários efeitos colaterais no uso do Tamoxifeno (fonte: <http://www.ahrq.gov/legacy/news/press/pr2009/brcanmedpr.htm>). Outros sites na Internet também mencionam efeitos adversos, contrariamente ao que o médico afirma na interação com a paciente.

tratamento, já que não se estaria falando ali de pontos positivos de um tratamento que a paciente não precisasse fazer. As avaliações com foco positivo têm potencial para tranquilizar a paciente e podem estar trabalhando prospectivamente para que a recomendação receba uma adesão quando chegar a época de ela iniciar de fato esse tratamento. Na linha 226, Paloma provê mais um recibo de escuta, e Alberto no turno seguinte (linha 227) encerra a possibilidade de que uma avaliação, uma resposta sobre o que ele falou seja feita por ela ao mudar o tópico e o rumo da conversa. Essa mudança de tópico corrobora o que foi discutido com um dos oncologistas na entrevista, momento em que fui informada por ele que normalmente há uma conversa sobre o tratamento adjuvante de bloqueio hormonal, que se dá mais adiante, não no momento em que Paloma se encontra no tratamento. Imagina-se então que o tópico ainda virá a ser problematizado pela paciente ou pelo médico quando for a hora de ela passar a tomar o medicamento.

No excerto analisado, abordou-se a construção de um argumento pelo médico ao recomendar algo para a paciente e também avaliações que focam apenas no lado positivo a respeito do que o médico recomenda. Argumentos e avaliações positivas vêm, aqui, a constituir-se em um meio *discursivo* de lidar com a impossibilidade da certeza no que ele está recomendando, ou até mesmo prevendo, para a paciente. Ao mesmo tempo, tais ações “salvam” sua identidade nessa interação: o médico (de quem se espera o saber biomédico), ao enfrentar as incertezas inerentes ao caso da paciente, apega-se ao que há de evidenciável e acaba por construir-se *médico* na interação (de quem se desejam respostas sobre saúde / doença).

Voltamos à interação da primeira consulta oncológica de Sílvio com a paciente Anelise (também no Excerto 3 do Capítulo 4). Nos excertos que serão analisados, é Anelise quem solicita informações prognósticas dessa vez. Diferentemente do excerto anterior

(Excerto 21), o tópico no Excerto 22 são chances de cura; o médico, interessadamente, constrói argumentos que tornam sua resposta bastante assertiva.

Excerto 22

330 FILHA: é isso que a gente queria sabê doutor (.) que ela
 331 entendeu que esses setenta por cento significa que
 332 tem setenta por cento de chance de voltá o tumor
 333 SÍLVIO: não não tem nada a vê (.) não setenta por cento
 334 mostra que tem um marcador (.) de alta
 335 rotatividade. as células duplicando rápido. só isso
 336 que (significa). não >não é setenta por cento< tua
 337 chance da doença voltá (.) nesse momento (.) de
 338 cara (1.5) é bem menos do que isso be:m menos (.)
 339 me arrisco a dizê que tu já deve tê setenta por
 340 cento de chance de estar cu↑rada
 341 ANELISE: mhm
 342 (1.0)
 343 SÍLVIO: só que eu quero aumentá essa chance. (.) oitenta
 344 por cento- isso aqui é um número tão:: e- e- eu
 345 tomo cuidado de quando a gente fala dessas
 346 porcentagens por um motivo muito simples. quer vê
 347 um exemplo? .hh ã::::: qué- eu gosto- eu gosto de
 348 futebol. então vamo vê o futebol. a chance do::
 349 flame:ngo ganhá do fluminense é setenta e três por
 350 cento de chance. (.) isso vai fazê alguma
 351 diferença?
 352 (0.5)
 353 SÍLVIO: isso vai aumentá o score vai
 354 melhorá o jogo >vai diminuí o jogo< quando apitá lá
 355 o fim do jogo é que a gente vai sabê QUANTO É QUE
 356 DEU QUANTO É QUE NÃO DEU. então essas estatísticas
 357 são essencialmente pra eu ter uma noção, uma ideia,
 358 mas como o paciente está sendo tratado
 359 individualmente ele é cem por cento dele mesmo.
 360 ANELISE: ↑mhm
 361 SÍLVIO: então esses números eles ((segue no tópico))

A filha de Anelise indaga sobre o entendimento de prognóstico favorável ao retorno do tumor que a paciente teve ao ler determinada informação no resultado de um exame. Nas linhas 333 a 340, o oncologista responde prontamente, sem nenhum atraso, sem hesitações, apenas com breves micropausas ao longo de seu turno. O médico, assim, utiliza formato de concordância para discordar da paciente. Porém aqui, nesse contexto, discordar de potenciais

más notícias é uma ação altamente preferida (quase como seriam as discordâncias em auto-depreciações). Ademais, ele é o médico, e é seu posicionamento epistêmico que está sendo invocado nessa pergunta. Um posicionamento assertivo também é bem-vindo nesse contexto. Ou seja, além de ele discordar do posicionamento da paciente, invertendo-o para um quadro bem mais positivo do que o que ela imaginara (me arrisco a dizê que tu já deve tê setenta por cento de chance de estar curada), ele ainda o faz de maneira assertiva (com expressões como não não tem nada a ver).

A ideia de que aquele mesmo percentual do exame que Anelise vira é possivelmente o percentual de chances de ela já estar curada, ao invés de possivelmente mais doente, ou mais gravemente doente, como ela pensara, tem potencial para agir na tranquilização da paciente. Essa inversão semântica da “volta do tumor” para “cura” serve aqui para desfazer por completo o entendimento que Anelise tinha sobre um prognóstico negativo. Na linha 343 o médico ainda aproveita o tópico para angariar mais confiança da paciente (só que eu quero aumentá essa chance) ao se construir como engajado em tentar melhorar o caso dela. Da linha 343 em diante, o médico continua argumentando que esses números são, na realidade, muito subjetivos e sem valor real.

No excerto abordado, a filha da paciente Anelise solicitara informações prognósticas sobre chances de cura; o médico construiu argumentos e avaliações positivas que tornaram sua resposta bastante assertiva. Observa-se que a própria necessidade de construir argumentos, de produzir elementos que as convençam, constitui-se em uma forma de lidar com a impossibilidade de certezas no caso dela (assim como acontece em todos os outros casos nesse contexto).

No Excerto 23, após alguns turnos omitidos em que o oncologista continua no tópico “números e prognóstico”, Anelise inicia a produção de uma pergunta específica sobre as

características de seu tumor. O médico, em sua resposta, é outra vez assertivo. Ele também menciona indiretamente na sua resposta a recomendação realizada sobre o teste Oncotype.

Excerto 23

390 ANELISE: como tem essa: essa: aceleração digamos=
 391 SÍLVIO: =mostra que é uma célula mais agressi[va
 392 ANELISE: [mostra que é
 393 uma célula mais agress[iva
 394 SÍLVIO: [é como eu pegá o bichinho e
 395 dizê ai que bonitinho- mas morde
 396 ANELISE: é::
 397 SÍLVIO: quando crescê vai virá um:: assa[ssino-
 398 ANELISE: [mas isso- mas isso
 399 não qué dizê que daqui um pouco por essa aceleração
 400 surge em outro órgão
 401 SÍLVIO: ↓não (1.5) >definitivamente< não (.) é o- o
 402 objetivo do tratamento ↑adjuva:nte que é esse com
 403 (.) sem dúvida hormônio (0.8) e talvez quimio é
 404 justamente matá as células que possam eventualmente
 405 ter duplicado e ter ido para algum outro lugar do
 406 cor[po
 407 ANELISE: [pra outro lugar é
 408 SÍLVIO: que são evidentemente microscópicas a gente não
 409 enxerga.
 410 ANELISE: sim
 411 SÍLVIO: se eu enxergasse eu ia lá e tirava.

No Excerto 23, na linha 390, a paciente inicia um turno sobre o assunto tratado (algo no exame que aponta que as células cancerígenas duplicam-se rapidamente) que é aparentemente coconstruído pelo médico com uma avaliação prognóstica (=mostra que é uma célula mais agressi[va). Anelise concorda com o médico repetindo sua avaliação no turno seguinte. Sílvio ainda produz mais avaliações nos turnos das linhas 394-395 e 397. Nas linhas 398-400, observa-se que Anelise estava, na verdade, dirigindo-se à realização de um questionamento – no turno iniciado na linha 390. Assim, nas linhas 398-400 ela formula (apresenta ao interlocutor) o seu entendimento de vários turnos de uma sequência maior para que o médico confirme – sequência iniciada provavelmente no excerto anterior, em que aquele número é trazido pela filha da paciente (setenta por cento de chance de voltá o tumor, linha 332).

Anelise aqui mantém a mesma expressão que usara na linha 390 ao iniciar seu turno (*aceleração*), em contraposição à oferecida pelo médico (*célula mais agressiva*), o que mostra que ela está retomando seu turno próximo de onde parou. Vê-se que Anelise expressa uma preocupação em sua solicitação: quer saber se a característica da aceleração é condição para o câncer se espalhar. Note-se que o formato da pergunta de Anelise, com o uso do não (*mas isso não qué dizê que daqui um pouco [...]*) desafia o médico, coloca algo para possivelmente ser desfeito por ele. Dessa forma, o médico, ao discordar prontamente (linha 401), alinha-se à organização da preferência revelada pelo formato do turno de Anelise. Ele ainda adiciona uma explicação que pode servir para instruir a paciente, ao mesmo tempo que tem potencial para tranquilizá-la (linhas 401 a 406). Note-se que esse turno do médico ainda relembra a necessidade de se saber se a quimioterapia é necessária por meio do teste Oncotype, quando ele diz *talvez quimio*, na linha 403. Não podemos deixar de notar que a resposta à pergunta de Anelise valoriza também a recomendação pelo tratamento hormonal adjuvante.

No excerto analisado, pretendeu-se mostrar que este médico, em sua resposta sobre assuntos prognósticos, produz avaliações em formatos assertivos. Da mesma forma, parece utilizar toda e qualquer oportunidade para corroborar argumentos sobre, ou pelo menos mencionar indiretamente, recomendações realizadas anteriormente. Sugere-se que a produção de assertividade desse médico está a lidar justamente com o contexto de incertezas sobre o futuro em que todos estão inseridos.

Discussão

Neste capítulo analisaram-se ações que ocorreram em meio a sequências em que se discute prognóstico. Tais ações lidam com algum tipo de impossibilidade da certeza – como recomendar um teste sem ter certeza de que ele trará de fato a resposta buscada; avaliar que

não há uma cura para a paciente, mas há controle; justificar o fato de não poder ajudar a paciente com conhecimento do equipamento de radioterapia de outra instituição. Essas ações foram justificativas, recomendações e avaliações, todas entremeadas pelo caráter argumentativo dessas primeiras consultas. Foram analisados o prognóstico oferecido pelo médico, as solicitações de prognóstico feitas pelas pacientes e as respostas dos médicos a essas solicitações.

Sugere-se que o *status* e o posicionamento epistêmico das pacientes (pela quase ausência de problematização das recomendações médicas) constroem os médicos como protagonistas dos processos decisórios. Especulativamente, parece que só o fato de elas estarem lá naquela instituição e terem eleito determinado médico já representa (chega-se a essa conclusão pelas ações das pacientes) aderência e concordância com as recomendações vindouras do médico.

Uma relação importante pode se fazer entre este capítulo e o capítulo em que tratamos da busca pelo “tá tudo bem”. Nas primeiras consultas discutidas no presente capítulo, mas não no outro, há uma linha argumentativa dos médicos – há uma produção de assertividade e de reforço do que se diz por meio de justificativas que envolvem evidências quando possíveis e foco em avaliações do que há de positivo, enfim, uma fala ajustada à interlocutora. Essa produção parece se explicar também pelo fato de que nessas consultas eles realizam recomendações de tratamento (já que é nas primeiras consultas que os envolvidos precisam tomar algumas decisões), e precisam ganhar um aceno positivo das pacientes, uma concordância com o que estão recomendando.

Já nas consultas de acompanhamento, como as do capítulo da busca pelo “tá tudo bem” (Capítulo 4), a necessidade de um “convencimento” dessa natureza não mais se observa. As dúvidas quanto a prognósticos também são raras e mais pontuais (como a da paciente Paloma ou da paciente Geneci), e as pacientes já confiam no médico, já elegeram e aderiram

ao tratamento proposto e o que se busca então são informações referentes a resultado, que vem por meio do “tá tudo bem”. E esse resultado não é mais um resultado “futuro”, mas o resultado de hoje, daquele momento em particular – a cada consulta, a cada “tá tudo bem”, elas passam para uma próxima etapa, “sobem mais um degrau” na escalada pela “cura.”

Sugere-se que as recomendações estão imbuídas de justificativas e argumentos pois normalmente residem em incertezas tanto a respeito de tratamentos quanto a respeito de prognósticos. O caso de cada paciente, individualmente, envolve peculiaridades que precisam ser administradas pelos médicos, que, por sua vez, nem sempre podem basear em evidências a recomendação por determinado tratamento. Entretanto, as pacientes buscam certezas: procuram na figura do médico eleito alguém que irá determinar o tratamento ideal. É essa conjugação das incertezas, das recomendações e do *status* epistêmico máximo conferido pelas pacientes aos médicos que vimos neste capítulo. Essa conjugação mostra-nos que, apesar de o médico ser, para a paciente, a figura de quem pode determinar o que será feito, ele precisa lidar com as incertezas e com a impossibilidade de basear muitas de suas recomendações e ações em evidências. As práticas discutidas neste capítulo mostram, então, uma forma pela qual os médicos do contexto estudado têm realizado seu trabalho em meio a situações repletas de incertezas. No próximo capítulo analítico, serão abordados os *accounts* produzidos por médicos e pacientes.

6 ACCOUNTS, NORMALIDADE E MORALIDADE – Ser “normal”, ser “boa” paciente, ser o médico “ideal”

Neste capítulo, analiso um fenômeno – os *accounts* – aqui circunscrito a algumas ações realizadas por médicos e pacientes e à orientação das pacientes a questões morais que podem envolver suas primeiras consultas e suas consultas de acompanhamento e/ou de revisão. O foco desta análise também corresponde ao argumento mais central da tese, o de que os participantes, por meio das práticas interacionais observadas, estão a lidar com a impossibilidade das certezas no contexto do tratamento do câncer. Contudo, afasta-se em certa medida desse argumento central a primeira subseção deste capítulo (*Accounts realizando a construção da normalidade da situação da paciente*), cuja discussão, ao levar em conta as categorias de pertença, está mais para o nível da identidade da falante em questão negociada na consulta. Já na segunda subseção (*Accounts que realizam a construção moral de boa paciente*), os *accounts* que projetam as pacientes como boas pacientes também constroem o entendimento de que, além de elas estarem com a doença sob controle, estão fazendo seu “papel”, sua parte, corretamente. Pode haver então, pela lógica das evidências positivas (evidência de exames e de seus “bons” comportamentos), uma diminuição das incertezas nesse contexto do controle do câncer de mama. Por fim, na terceira subseção (*Accounts e o processo de tomada de decisão: o médico ideal na situação errada?*), entende-se que, ao produzir *accounts* em suas respostas a uma demanda da paciente, o médico em questão lida também com a impossibilidade *per se* da certeza no assunto – que nesse caso é a de garantir à paciente que ela teria a mesma qualidade na radioterapia em sua cidade de origem. Vejamos primeiramente o que é um *account* na perspectiva da Análise da Conversa.

Em primeiro lugar, a *accountability* é uma noção etnometodológica, portanto, é vista como uma propriedade do mundo social. Conforme Coulon (1998), essa propriedade tem a ver com o fato de o mundo ser descritível, analisável, relatável e inteligível. Heritage (1988)

assegura que tanto a Etnometodologia quanto a Análise da Conversa lidam com dois “níveis” de *accountability*: o primeiro envolve o raciocínio tácito, por meio do qual as ações realizadas nas interações são observáveis e relatáveis; no segundo nível, explicações e prestações de contas explícitas, nas quais os interagentes proveem “*accounts* do que eles estão fazendo em termos de razões, motivos ou causas” (1988, p. 128). Nas ações de “prestar contas” ou de explicar-se ou justificar-se, há uma demonstração do processo de análise contínua das pessoas sobre suas próprias ações e também sobre possíveis ações do outro.

Buttny e Morris (2001), em seu capítulo sobre *accounting* no livro *The New Handbook of Language and Social Psychology*, explicam que o conceito de *account* já foi definido várias vezes na literatura. Os autores dizem que a distinção mais prática é a que diferencia os *accounts por* ações – no sentido de responder a uma conduta problemática – dos *accounts de* ações – que envolve uma descrição ou uma narrativa de eventos, sem necessariamente lidar com algum suposto “problema.” “Ambas as abordagens compartilham o interesse em como as pessoas contam o seu lado da história, ou seja, interpretam e reconstroem retoricamente os eventos através da fala” (BUTTNY; MORRIS, 2001, p. 286). Os autores lembram que a partir do artigo de Scott e Lyman de 1968, a primeira visão (dos *accounts por* ações) foi a que mais se desenvolveu e é a que ocupa maior espaço nos estudos atualmente.

Alan Firth (1995) problematiza justamente esse superdesenvolvimento na literatura de estudos que se ocupam dos *accounts* que respondem à conduta problemática prévia. O autor acredita que há necessidade de se olhar para os *accounts* mais (con)sequencialmente, como algo que vai influenciar o contexto local subsequente, e não apenas que lida com o contexto anterior. O autor exemplifica, citando a natureza do trabalho de Hewitt e Stokes (1975 apud FIRTH, 1995), que olha para a maneira como “desculpas ou justificativas são proferidas *prospectivamente*, na antecipação de uma ação vindoura não-afiliativa ou de alguma forma problemática” (1975 apud FIRTH, 1995, p. 202). Por meio de seu trabalho sobre as práticas

discursivas utilizadas nas negociações de vendas entre uma organização e seus clientes – por telefone e telex –, Firth ocupa-se então em lidar não tanto com a natureza de restauração ou reparo possivelmente contida nos *accounts*, mas com a mudança que um *account* pode gerar nas circunstâncias da interação. Ele chama esse aspecto de “característica criativa de resolução de problemas dos *accounts*”¹⁷.

No presente estudo, ao mesmo tempo em que se sugere que o tipo de *accounts* apontado por Scott e Lyman (1968) ocorre em certa medida nos dados, ou seja, alguns *accounts* são justificativas e explicações nas quais os interagentes prestam contas das suas ações, lidando com uma conduta problemática prévia – um comportamento desviante, não projetado –, em certas ocorrências não se vê isso acontecer. Boa parte dos *accounts* encontrados nos dados parecem mais com descrições ou narrativas quando não está posto nenhum problema na interação até então, nenhuma conduta problemática. Ao mesmo tempo, argumenta-se que esses *accounts* trabalham a favor da produção de certas ações ou com certas orientações. Assim, por meio desses *accounts*, o falante está de fato a produzir o contexto local dali por diante, estipulando um tópico ou uma agenda, requerendo determinada orientação do interlocutor, ou criando relevâncias nas quais ações como concordância (em um nível mais estrutural) ou afiliação (em um nível de solidariedade social) se fazem preferencialmente requeridas, por exemplo.

Na primeira subseção desta análise, os *accounts* servem à construção de uma normalidade dos fatos por meio de ações e de descrições de atividades atreladas a certas categorias (SACKS, 1992; SELL; OSTERMANN, 2012). Na segunda subseção, há nos *accounts* uma relação com moralidade, porém é uma moralidade trazida à interação não por alguma problematização do médico, e sim pelas próprias pacientes, que mostram uma orientação à natureza do evento consulta médica de acompanhamento de uma doença grave

¹⁷ “[...] creative problem-solving characteristic of accounts [...]”

como o câncer. Há ainda uma terceira subseção em que os *accounts* são realizados pelos médicos e atuam na construção das suas recomendações, ao mesmo tempo em que criam a identidade desse médico como alguém que não toma a decisão pela paciente, mas pode instruí-la para poder tomar. Nota-se, então, que nas duas primeiras seções serão explorados *accounts* produzidos por pacientes; já na terceira subseção, *accounts* produzidos pelos médicos são o foco.

Sobre a literatura de *accounts*, os estudos mostram uma clara relação entre a produção de justificativas e o *trabalho moral* (DREW, 1998) realizado em dado contexto. Por meio dos *accounts*, os interagentes podem até mesmo se reconciliar com expectativas em uma interação e se construir em uma posição que possa ser vista como moralmente adequada (HERITAGE, 1988). O estudo de Garfinkel (1967), por exemplo, verificou que as justificativas feitas pelas pessoas quando não tinham comportamentos classificados como comuns objetivavam tornar esses comportamentos inteligíveis e aceitos moralmente, em consonância com entendimentos implícitos e compartilhados pelos outros.

Laura Sterponi (2003) descreve *accounts* que remediavam uma conduta problemática de membros de famílias conversando à mesa de jantar. A autora explica que o conceito de moralidade pode ser melhor entendido quando visto por meio dos *accounts*, ou *accountability*, como uma atividade situada e sequencial, que indexicaliza preferências relativas à “ordem social e à ideologia moral” (2003, p. 80). Sterponi também afirma que a visão da psicologia, para citar um item de sua revisão teórica sobre moralidade e *accounts*, considera a moralidade e o desenvolvimento moral como um processo cognitivo, pertencente à seara individual, e que as metodologias daquela área (entrevistas ou experimentos em laboratório), justamente por centrarem-se no individual e não necessariamente contemplarem o social, acabam não investigando como os *accounts* dos falantes são produzidos ou como são organizados

sequencialmente, e principalmente em suas ocorrências nas interações reais cotidianas, o que pode mostrar como as pessoas estão *fazendo* ou *atualizando* a moralidade no aqui e agora.

A mesma autora relembra que os *accounts* são considerados pela Análise da Conversa como segundas partes em um par e são “uma forma de se fazer despreferência” (apud BUTTNY, 1993, p. 44). Porém, como já explicado anteriormente, o interesse desta análise não é somente no que Schegloff (2007) aponta como *retro-sequências*, que é o caso dos *accounts* que *remediam* algo, mas muito mais em como esses *accounts* geram / reorganizam a organização local na interação (e os entendimentos dos interagentes) dali por diante, também construindo moralidade situadamente.

Os *accounts* neste estudo também possuem características que nos levam a compará-los a narrativas. Anna De Fina (2009) trata do estudo das narrativas em entrevistas e considera os *accounts* justamente um gênero de narrativa. Pelo conteúdo desses *accounts* pode-se fazer um paralelo com elementos nas narrativas, conforme apontado por Liliana Bastos (2004), como o caráter “extraordinário”, o ponto, os prefácios. Nem todos os *accounts* que serão analisados aqui contêm todos os elementos que a autora lista, principalmente os da segunda subseção, porém podem ser considerados narrativas mínimas segundo Labov (1997). Del Corona e Ostermann (2013) asseguram que, de fato, em um contexto interacional, as narrativas “não são pacotes necessariamente ordenados, coesos e cuidadosamente organizados em sua temporalidade e cronologia” (p. 181), já que as histórias são construídas turno a turno e com a participação dos interagentes envolvidos na atividade.

No artigo de Labov (2007), o autor difere o evento *contação de histórias* do fenômeno *narrativas de experiência pessoal*, argumentando que, para existirem, as narrativas de experiência pessoal necessitam de um tratamento do interlocutor diferente da contação de histórias.

As narrativas de experiência pessoal requerem um espaço *concedido* para o falante poder realizá-las, o que vai ao encontro das regras básicas de tomada de turno propostas por Sacks, Schegloff e Jefferson (1974) e também da máxima da relatabilidade proposta por Sacks (1992). Esses dois fatores – as regras de tomada de turno, que envolvem a projetabilidade e seu reconhecimento pelo interlocutor, e a relatabilidade – vão construir o entendimento de que determinado turno iniciado por determinado falante é uma narrativa, que requer então um tratamento um pouco diferente dos turnos de outra natureza (como perguntas, por exemplo). Assim, o sistema de tomada de turnos é reorganizado nas narrativas, de forma que “a compleição bem-sucedida da narrativa requer reatribuições automáticas do papel de falante ao narrador após o turno seguinte de uma fala, se a narrativa não for completada naquele turno” (LABOV, 1997, p. 9). Para que essas reatribuições aconteçam, o tópico tem que ser relatável, isto é, justificar-se contextualmente, o que passa pelo entendimento dos próprios interagentes de acordo com regras compartilhadas sobre o que seja “relatável” e como isso se faz (p.ex. uma narrativa de alguém que já tenha sido ouvida pelo interlocutor, ou uma narrativa sobre uma situação que fora presenciada pelo interlocutor, em contraposição a algo novo).

6.1 *Accounts* realizando a construção da normalidade da situação da paciente

Primeiramente, ilustrarei a ocorrência de um caso observado nos dados, um tipo de *account* realizado por uma paciente em uma situação que pode ser delicada: contar ao seu oncologista que está tomando um medicamento psicotrópico não usualmente consumido pela paciente em um contexto em que ela já consome vários outros medicamentos. Os *accounts* formam uma sequência em que ela presta contas de seu uso, mas sem que isso tenha sido requisitado pelo médico. Há uma forte orientação no conteúdo dessa sequência, *tanto da parte*

da paciente quanto do médico, para uma reafirmação da situação como dentro da normalidade, já que a paciente somente estaria consumindo o medicamento porque acabara de passar por um período de depressão, atribuída à carga emocional do tratamento de seu câncer de mama. Assim, esses *accounts* constroem a normalidade dos fatos narrados pela paciente, com as contribuições do médico a coconstruir e afiliar-se a essa categoria.

Na interação analisada a seguir, a pedido do médico, a paciente Francine descreve os medicamentos que toma atualmente. Esses remédios são listados sem maiores elaborações. Em um ponto adiante na interação (linha 119), ela passa a listar determinado remédio de uma maneira diferente dos demais. Observe-se o Excerto 24.

Excerto 24

97 SILVIO: além do fe↑mara tá tomando mais algum
 98 medicamento
 99 FRANCINE: ↑ai eu tomo um monte [né °remédio da pressão°=
 100 SILVIO: [então vamos repassar toda=
 101 FRANCINE: =°e
 102 mais-°]
 103 SILVIO: =ela
 104 pra vê-] da press:ão,
 105 (0.8)
 106 FRANCINE: é eu tomo (o q-) é- eu tomo o da tire↑oide puran
 107 te quatro,
 108 SILVIO: pura:n,
 109 (0.5)
 110 FRANCINE: ã:: t- tomo glifage xr e: (.) e vytori:n,
 111 (0.5)
 112 SILVIO: cert:o,
 113 FRANCINE: porque não quiseram me tirá por↓que °°xxxx[xx°°=
 114 SILVIO: [°°xxxx°°
 115 FRANCINE: =(°°né°° °sei lá o que aconteceu,°) ↑a- tomo pra
 116 dormir (stilnox) né
 117 SILVIO: (stilnox). é tem uma coleção mesmo ein.
 118 FRANCINE: ↑não pois tem uma coleção (0.2) e:=
 119 SILVIO: =mas nenhum
 120 interage co[m o femara (viu)]
 121 FRANCINE: [é de mar-]
 122 de março pra cá estou tomando responder
 123 °parece que é o nome.° (.) hh por- que.
 124 ↑bom- eu- ã:: hhh comece:i
 125 (1.0)
 126 FRANCINE: no- não- ã (.) ↓lá em se↑tembro em diante
 127 outubro em diante não sei se foi coinci↑dência
 128 que eu tava (cuidando) comecei a tê assim (.)
 129 uma irritabilidade tão grande

de medicamentos: não seria mais algum, como o médico sugeriu com sua pergunta, mas um monte (linha 99). No turno seguinte, Sílvia pede que ela repasse então quais são eles. Francine lista os medicamentos sem maiores problemas, pelos seus nomes ou por suas funções (como o da pressão arterial), com exceção de uma explicação em que ela mostra ao médico seu *status* epistêmico com relação à necessidade de continuidade no uso dos medicamentos Glifage xr e Vytarin, respectivamente para diabetes e para colesterol elevado, o que mostra seu protagonismo no tratamento e seu saber como paciente. Ela também produz um rápido *account* antes de listar o medicamento Stilnox, explicando que o toma para dormir (linhas 115-116).

Nesse ponto, o próximo turno de Sílvia é uma repetição do nome desse último medicamento seguido de uma avaliação sobre a quantidade de remédios que ela toma (é tem uma coleção mesmo ein). Essa avaliação, com a qual Francine concorda em seu próximo turno (linha 118), afilia-se com a própria avaliação que ela já fizera no início da sua lista sobre um monte de medicamentos (linha 99). Nas linhas 119-120, Sílvia acrescenta à sua avaliação que, apesar de muitos (ideia indexicalizada pelo *mas*), nenhum desses medicamentos interage com o Femara. Com isso, o médico está a demonstrar que provavelmente essa era a sua preocupação inicial. Sílvia também projeta um fechamento dessa sequência com esse turno avaliativo das linhas 119-120. Francine sobrepõe-se ao final desse turno do médico, apresentando mais um medicamento que está tomando, qual seja, Responder, na linha 122.

O formato desse turno, assim sobreposto, parece funcionar de forma a bloquear o projeto de avaliação positiva iniciado pelo médico de que não há interação de nenhum de seus medicamentos com o Femara e também impedir que o médico leve a cabo o projeto de fechamento desse tópico. O medicamento em questão, Responder, um psicotrópico, é produzido com ressalvas por ela. Após dizer o nome do medicamento e o período em que

começara a utilizá-lo (linhas 121-122), a paciente voluntariamente inicia a produção de um *account* sobre o seu uso (linhas 123-124), respondendo mais do que foi perguntado, mais do que a questão do oncologista pedia (STIVERS; HERITAGE, 2001) – já que ele pedia apenas que ela relatasse *quais* eram os medicamentos que estava usando.

Por meio desse *account*, que vem explicitamente marcado pela expressão *por-que*, a paciente inicia uma narrativa sobre quando começou a dar-se conta de sua irritabilidade. Note-se que há sinais de certa resistência (JEFFERSON, 1988), que o relato é problemático por parte de Francine, já que há pausas, alongamentos e falsos inícios (palavras que são começadas e abruptamente interrompidas por ela), ou seja, marcas de hesitação que podem ser entendidas como reveladoras de uma ação delicada para ela. Assim, as marcas de hesitação, o explícito *por-que* e o início que marca a construção de uma narrativa são as características do formato da produção do *account* prospectivo de Francine, que pode estar prevendo um posicionamento negativo do médico a respeito de seu novo medicamento.

Francine continua sua narrativa após o recebimento de um continuador pelo médico na linha 131, avaliando a própria situação (*ufe- que ninguém me aguentava*). Na linha 132-133, o médico produz uma avaliação de sua avaliação (*nem tu te aguentava*), que age como outro continuador para sua narrativa, e, mais do que isso, afilia-se com o entendimento produzido pela paciente sobre a gravidade da situação que estava enfrentando por agravá-la (*nem mesmo a paciente se “aguentava”*). Essa avaliação de caráter afiliativo age como um insumo para Francine prosseguir com sua narrativa, concordando com o médico no turno seguinte (linha 134, *nem eu me aguentava*). Nas linhas 134-137, Francine continua sua narrativa (e seu *account*) atribuindo, e ao mesmo tempo justificando, sua irritabilidade ao tratamento do câncer, período no qual ela menciona que teve que *segurar* muita coisa, referindo-se ao seu estado emocional perante os acontecimentos da época. O médico alinha-se

com essa construção elaborando uma formulação de entendimento¹⁸ sobre o que Francine reporta: ela se concedeu a oportunidade de não mais segurar suas emoções.

No turno seguinte, ela continua provendo *accounts* ao dar a entender que a procura de uma terapeuta não se deu de forma leviana, mas somente depois de analisar a situação, que relata estava ficando cada vez mais difícil. A decisão da paciente recebe afiliação do médico ao ser positivamente avaliada por ele em seu turno seguinte (ótimo). Francine então, no próximo turno, continua provendo *accounts* para o fato de ter experienciado desequilíbrio emocional, explicando que a opinião da médica consultada é a mesma, ou seja, essa médica também atribui o desequilíbrio emocional de Francine ao tratamento pelo qual ela teve que passar, e essa ideia ganha explícita afiliação de Sílvio com mais uma avaliação positiva concordando com ela no turno seguinte (totalmente dentro do razoável, linha 152). Observe-se também, a partir da linha 153, a explicação de que a terapeuta em questão entende que esse medicamento será utilizado por um período de tempo limitado, o que aqui corrobora a imagem que Francine está construindo – com o aval do médico: a de que não é uma pessoa que em uma situação de normalidade (se não tivesse vivenciado sentimentos ruins com a experiência do câncer) precisaria desse remédio em sua vida.

Pode-se considerar que, por meio desses vários *accounts*, Francine demonstra que relatar que está tomando um medicamento psicotrópico é uma ação delicada para ela. Por *delicada* entendo a ação como envolvendo uma gama de aspectos com os quais a falante em questão tem que lidar, como: (a) o tópico em si que pode ser delicado para ela (contar a novidade sobre o psicotrópico ao médico); (b) uma possível ação despreferida do médico em resposta (se ele, por exemplo, tivesse produzido uma avaliação negativa ao seu relato); (c) o

¹⁸ “As *formulações* trabalham a favor do entendimento entre os interlocutores. Assim, a atividade de formular é um método usado pelos participantes para mostrar ao outro o seu entendimento daquilo que foi tratado ou realizado no turno ou nos turnos anteriores, explicitado justamente para obter uma resposta do interlocutor que se traduz na decisão de *confirmar* ou *desconfirmar* o proposto pelo autor da formulação.” (OSTERMANN; SOUZA, 2011). Dessa forma, a formulação também abre um par adjacente (sobre par adjacente, ver Capítulo 4).

posicionamento do relato (logo após o médico iniciar um projeto de fechamento de sequência); e (d) a situação atual da saúde de Francine (ela já está tomando vários medicamentos e irá apresentar *mais um* ao médico).

Além disso, é por meio dos *accounts* (em formato narrativo) que Francine produz o delicado (porque requer uma ratificação do outro) e interessante trabalho de descrição de atividades atreladas a certas categorias (SACKS, 1992), aqui a uma categoria em especial, a de *pessoa normal*, em contraposição à *pessoa com problema psicológico / psiquiátrico*. Assim, analisar a situação, procurar um terapeuta, reconhecer que nem ela mesma se “aguentava”, atribuir sua irritabilidade a eventos passados que ela não podia controlar (o tratamento do câncer), não ter sido considerada uma pessoa depressiva pela própria terapeuta, dentre outras atividades, estão ligadas à normalidade da sua situação, estão indicializando, pontuando e construindo o significado de “ser normal” ao contrário de ser *anormal* ou possuir de fato um problema psicológico nesse contexto. O médico coconstrói com a paciente as descrições dessas atividades como atreladas à normalidade ao prover seu continuador na linha 130 e outro continuador de cunho mais afiliativo nas linhas 132-133. Também ao prover um riso (na linha 138) ao iniciar o turno que marca seu entendimento de que a paciente se concedeu a oportunidade de explodir (note-se que uma concessão é algo que se faz por vontade ou agência própria, o que deflagra um agir sobre algo, mais do que apenas se deixar levar) e as avaliações positivas ótimo, na linha 145, cla:ro (.) totalmente dentro do razoável na linha 151-152 e o entendimento de que é um período (linha 159). Essas contribuições do oncologista projetam um não-estranhamento das atitudes de Francine. Pelo contrário, afiliam-se à narrativa da paciente ao evidenciá-las como pertencentes a uma normalidade esperada para o momento da vida que ela está passando. Além disso, as contribuições do médico validam a narrativa de Francine e constroem então a *normalidade* dos fatos narrados.

Esse cuidado de Francine em sua narrativa pode indicar que ela está lidando com a possibilidade de uma imagem se criar sobre ela a partir de tal relato, a de pessoa com desequilíbrio emocional, dependente de medicamento para viver “normalmente” em sociedade. Assim, Francine parece lidar o tempo todo em seu relato com uma tensão entre o que se pode considerar *normal*, esperado de uma paciente que tratou um câncer de mama, e o que constituiria um *desvio* do normal em um caso como esse.

Trago aqui também o estudo de Ostermann e Carvalho (2012) para adicionar mais um entendimento a esta análise. As autoras fizeram um levantamento dos *accounts* produzidos em interações entre atendentes e mulheres que ligam para o serviço do Disque Saúde (AIDS). Elas observaram dois tipos: os *accounts* decorrentes das ações sequenciais entre a usuária que liga e a atendente; e outros, entendidos por Ostermann e Carvalho como sequencialmente não relevantes. As autoras atribuíram a produção desse último tipo de *account* a outras ações não requisitadas pela interlocutora durante a interação. Elas explicam que esses *accounts* que não eram sequencialmente relevantes agiam a favor de uma construção moral dessas usuárias, visto que os assuntos tratados versavam sobre AIDS, sexualidade, relações conjugais, etc (OSTERMANN; CARVALHO, 2012, comunicação pessoal). Na presente análise, o mesmo pode ser notado: os *accounts* da paciente Francine não foram requisitados por seu interlocutor. Na verdade, toda a sua narrativa sobre o porquê do medicamento psicotrópico não fora requisitada. Portanto, em parte, posso considerar os *accounts* de Francine como um trabalho interacional que age em favor de um aspecto não explicitamente topicalizado pelos interagentes, a construção da situação de Francine como dentro de uma normalidade.

Entretanto, não posso deixar de pontuar também que, apesar de agir em favor de um aspecto a princípio sequencialmente não relevante (se compararmos com o contexto do estudo referido), a construção da normalidade da situação de Francine recebe reconhecimento do médico (e, acima de tudo, é coconstruída por ele) quando ele concorda com ela e provê

avaliações que são de caráter afiliativo em seus turnos. Dessa forma, concordo com o entendimento explicitado por Firth (1995) de que os *accounts* foram em sua maior parte considerados na literatura como moldados pelo contexto (*context-shaped*), sem terem sido encarados também como renovadores do contexto (*context-renewing*). Parece bastante palpável nesta interação o fato de que a narrativa da paciente via *accounts* cria um contexto em que ações do médico se fazem necessárias *a partir* dali (afiliações ou não), e remediam a interação *a partir* dali (uma normalidade é então projetada pela falante e coconstruída e assegurada pelo interlocutor), não lidando apenas com algo prévio (a lista de medicamentos que a paciente deve prover) (OSTERMANN; CARVALHO, 2012).

A título de ilustração, o estudo de Ronald Maynard (2006) afirma que a saúde pertence a um discurso moral que incorpora ênfase no individualismo, trabalho duro e recompensa material. Assim, a saúde é vista como uma virtude, e quem não a tem não está adequado. Esse discurso tem um poder coercitivo sobre os indivíduos, que buscam a normalidade, submetendo-se a ela, e controlando então seus corpos, suas vidas. Interessante notar que esse pesquisador queria ver como as dificuldades com a fibrose cística influenciavam nas questões identitárias e na construção do eu (*self*) nos doentes. Entretanto, encontrou tais sujeitos muito mais preocupados com a manutenção das suas atividades e de seus status de “normais” do que com as dificuldades diárias que a doença traz. Esse estudo parece colocar uma luz ao que foi analisado nessa interação.

6.2 Accounts que realizam a construção moral de boa paciente

Diferentemente da situação encontrada pela pesquisadora Caroline Silva (2010), na qual pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 são questionados pelo médico a respeito de seu (bom ou mau) comportamento quanto aos hábitos de saúde, o que traz à tona a orientação a categorias de ordem moral por parte desses interagentes, na presente pesquisa as pacientes

com câncer de mama não são explícita e especificamente questionadas sobre seu comportamento nas suas consultas de rotina. Porém, ainda assim, a presença de *accounts*, ou prestações de contas não requisitadas, por parte dessas pacientes, pode evidenciar uma orientação à moralidade (BERGMANN, 1998), ou seja, uma construção moral de boa paciente, de forma semelhante ao que foi evidenciado por Silva (2010). Assim, as pacientes demonstram que realizam um controle dos seus corpos que segue o modelo biomédico; sugere-se isso justamente porque os fatos aos quais elas se dedicam em seus *accounts* têm valor nesse contexto médico de *controle da saúde*.

Devo lembrar aqui que o principal propósito das consultas de revisão e acompanhamento é o controle da saúde das pacientes que tiveram recentemente câncer de mama ou ainda estão em tratamento. Neste momento, então, reajusto as lentes deste estudo de forma a me voltar um pouco para o que se pode dizer sobre aspectos macrossociais envolvidos. A área de estudo da Antropologia Médica fala muito no aspecto do controle, ligando-o a normalidade, medicalização, biopoder, todos aspectos conceituais de um modelo biomédico, sobre o qual fora falado também no Capítulo 2. Catherine Riessmann (2003), por exemplo, afirma que “o modelo médico é usado do nascimento à morte na construção social da realidade” (p. 46), asserção com a qual concordo. O olhar clínico, como nos mostra Foucault (1980, 1994) no *Nascimento da Clínica*, mudou a nossa realidade, transformando a experiência dos eventos e dos problemas humanos de forma drástica, segundo Riessmann. Segundo Mishler (1981), o diagnóstico, por exemplo, é um processo que envolve a interpretação médica, e é essa interpretação médica que constrói as doenças.

Essa afirmação vai ao encontro do que mostra Patricia Kaufert (2000, p. 166-167) em seu capítulo sobre mamografia e papanicolau, que “as mulheres são, historicamente, tidas como um corpo em constante necessidade de monitoramento, avaliação e vigilância”, ou seja, práticas de biopoder. Além disso, uma vez que o corpo pode “enganar” (noção de *hidden*

disease que perpassa doenças como o câncer) e que a doença pode estar escondida, ser examinada passa a ser uma tarefa, uma obrigação moral a ser cumprida por todas as mulheres. Nesse ponto, vemos que o aspecto moral fora vinculado ao controle e à medicalização: submeter-se às demandas da medicina é ser uma mulher que se cuida, que está no “controle” da sua saúde.

Para falar um pouco mais sobre moralidade, Bergmann (1998) explica que por um tempo a tradição científica olhava para a moralidade e para o discurso de forma isolada um do outro, porém isso mudara a partir do surgimento da Sociologia, na segunda metade do século XIX, pois os pesquisadores encontraram seu objeto de estudo, a linguagem cotidiana, permeada por aspectos morais. Na atualidade, a moralidade no discurso é abordada por diversas perspectivas teóricas.

Hydén (1996) afirma que uma das formas de se ver a moralidade pode ser no fato de que um dos participantes de uma conversa, em determinados contextos, pode ter direitos a questionar aspectos relacionados à moral do seu interlocutor. Exemplifico essa asserção com o estudo de Caroline Silva (2010), sobre interações entre um médico e pacientes com diabetes: o médico pesquisado questionava seus pacientes sobre seu comportamento alimentar, e então esses pacientes tinham que assumir a responsabilidade sobre seus eventuais “desvios”, que poderiam explicar os maus resultados dos níveis de açúcar nos exames de sangue. Certamente o contrário não acontecia nessas interações (pacientes questionando médicos). Interessante de se notar é que as pessoas orientam-se a quem tem “direito” de perguntar (e avaliar) e quem tem “dever” de responder, e agem de forma a tentar lidar com seus direitos e deveres por meio do discurso. Isso acontece ainda que direitos e deveres não sejam explicitamente topicalizados pelos interagentes, ou seja, ainda que a questão moral não seja um tópico em si trazido para a interação, como se poderá notar nos dados desta análise.

Ao se trazerem esses construtos para um desvelo microsocial, microinteracional, pode-se ver nos dados que algumas pacientes participantes das interações orientam-se a esse aspecto do controle revelador de uma orientação ao modelo biomédico. E que esse controle está intrinsecamente ligado a uma construção moral de boa paciente (SILVA, 2010). Dessa forma, por meio dos *accounts*, essas pacientes se constroem moralmente como “boas pacientes”, ou seja, como pacientes que estão exercendo o controle sobre sua própria saúde. Vejamos a seguir como isso se dá na prática.

No Excerto 25, Fernanda é a médica, e Márcia, a paciente, que relata como passou os últimos dias e que teve um aumento de pressão arterial seguido de dor de cabeça.

Excerto 25

37 MARCIA: aí eu pensei ba:h checo ou não checo. che- daí
 38 bah >muita dor de cabeça< daí pensei vô checá
 39 (.) aí minha pressão tava <dezesesseis por dez>
 40 (0.8)
 41 MARCIA: aí asgurias não tu vai tê que consultá né daí
 42 eu pensei já era tarde e o doutor ã: (.) o
 43 doutor ((nome)) acho que não tá mais aí (.) não
 44 tá atendendo mais (.) >aí disseram< não vai ali
 45 no: no plantão aí fui né >daí pela ((nome do
 46 convênio)) < daí eu expliquei meu quadro †né
 47 FERNANDA: mh:m=
 48 MARCIA: =daí ele me:- ele disse não eu vô:: assim que-
 49 que eu não queria- não poderia tomá nada de
 50 medi- do tipo de medicamento que contenha o
 51 hormô:nio né.=
 52 FERNANDA: =mh=
 53 MARCIA: =>daí eu disse< é, é isso aí
 54 mesmo (.) daí ele: me receitô um sorinho com a
 55 medicação pra aliviá a dor de cabeça. (0.5)
 56 FERNANDA: tá
 57 MARCIA: daí eu fiquei lá um tempo >o que uma meia hora
 58 ou mais< daí ã não a dor de cabeça passou e tal e
 59 a pressão também foi:=
 60 FERNANDA: =e a pressão [baixou
 61 MARCIA: [foi baixando é
 62 FERNANDA: mh:m
 63 MARCIA: aí graças a deus ui
 64 FERNANDA: mas tu já tinha tido alguma- alguma vez assi:m
 65 alguma medida de pressão um pouco mais alta?
 66 MARCIA: nã::o, só na gravidez da minha filha assim

67 né (.) assim eu tenho vez em quando seguido
 68 dor de cabeça só que eu ach- achei assim
 69 que poderia ser da:- do estômago me ataca
 70 depende o que eu- tenho que cuidá o que como
 71 me alimento tudo né pode me dá uma dor de
 72 cabeça se eu não como dire::ito, alguma coisa
 73 que meu estômago não aceita né (.) mas
 74 assim passô. **eu fiz a: só tô com uma gripe né,**
 75 **mas eu fiz a injeç- aquela [vacina.**
 76 FERNANDA: [fez a vacina?
 77 MARCIA: fi::z. **fiz bem antes já.**
 78 FERNANDA: tá::

Nesse excerto, a médica faz uma pergunta após a queixa da paciente sobre a dor de cabeça que tivera na última semana e o evento da pressão arterial elevada (linhas 64-65). No turno seguinte, Marcia provê uma resposta prolongada à pergunta da médica, e que poderia ter acabado em não, só na gravidez da minha filha, se pensarmos que esse TCU de Marcia (na linha 66) constitui-se na segunda parte do par adjacente pergunta-resposta iniciado pela médica no turno anterior (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974). Entretanto, a paciente estende seu turno iniciando outro TCU em que apresenta a dor de cabeça como um elemento que poderia apontar para outros episódios de pressão arterial elevada. Na sequência, ela liga a dor de cabeça a determinadas atividades, incluindo na resposta à pergunta outra narrativa que descreve seu estado, suas impressões, sensações, e também seu saber (pode me dá uma dor de cabeça se eu não como direito). Suas descrições mostram que ela é uma paciente que está atenta ao seu organismo e que percebe quando não se alimenta direito. A seguir, ela informa que está com uma gripe, talvez ainda orientada a procurar uma explicação para a dor de cabeça (linha 74), e, sobre isso, inclui um *account* no qual explica que já fez a vacina (linhas 74-75), antes mesmo que a médica pudesse se orientar para uma falta da paciente ao não fazê-la, tomando a gripe como uma consequência de seu descuido¹⁹.

¹⁹ Entende-se que, nesse contexto, cuidar-se com relação a doenças virais é altamente relevante e necessário. Há um cuidado redobrado quanto à questão imunológica da paciente, porque ela normalmente tem que retirar

Com essa prestação de contas, a paciente Marcia mostra que está atenta ao seu corpo, e, com isso, constrói-se como uma “boa paciente”. Quando a médica, em sobreposição de fala, faz uma pergunta de forma a confirmar o que acabara de ouvir (fez a vacina?, linha 76), a paciente responde positivamente e produz mais um *account*, prestando contas de que fez bem antes já. Novamente, ao que parece, constrói-se moralmente como “boa paciente”, que aqui não somente realiza a prevenção de uma doença, mas o faz com certa antecipação. Esse *account* também parece acenar para o fato de que a gripe que ela menciona não mais seria um possível efeito colateral da vacina.

Há que se notar que nesta interação, o *account* narrativo está de fato remediando algo na interação. Na verdade, ele lida com a possível interpretação de descuido da paciente que poderia ser gerada pela resposta ao turno da pergunta da médica nas linhas 66-67, caso o evento de pressão arterial elevada de Marcia tivesse acontecido também outras vezes. Assim, em sua resposta, Marcia produz um *account* para explicar que a situação de aumento da pressão arterial no passado não a faz portadora de pressão arterial elevada crônica (teria sido uma pré-eclâmpsia, pelo que podemos entender de suas linhas 66-67), e que, quando sente dor de cabeça, consegue relacionar a dor a fatos do cotidiano, e não a uma pressão arterial elevada.

Esses *accounts* da paciente acabam por criar também uma relação entre os fatos e os desdobramentos futuros. Ao colocar-se como boa paciente e citar algumas de suas ações, Marcia cria um ambiente de possibilidade de desdobramentos positivos, já que ela está a fazer tudo “certo”. Sugere-se que esta é uma maneira pela qual Marcia lida com as incertezas no contexto do câncer, por criar – ainda que somente para ela mesma, já que a médica não

gânglios de suas axilas quando faz a mastectomia total, ou a quadrantectomia / tumorectomia (retirada parcial). Além disso, a quimioterapia também produz um dano às células saudáveis (incluindo-se as células de defesa – os linfócitos), não somente às do câncer, e a paciente estaria mais suscetível a doenças virais (AZEVEDO, 2009). Dessa forma, fazer vacina contra a gripe, assim como imunoterapia em alguns casos, é algo muito importante neste contexto e certamente faz parte do controle que a paciente de mama deve exercer com relação a sua saúde.

corroborar – essa relação entre evidências positivas e um desdobramento positivo da sua doença.

Na próxima interação, Geraldo é o médico e Roberta, a paciente. Depois que a paciente entra no consultório e os dois se cumprimentam, o médico pede para ver seus exames.

Excerto 26

5 ROBERTA: po:::de tá cheio de exa:mes
 6 GERALDO: eu sei
 7 ROBERTA: [hahaha
 8 GERALDO: [hah
 9 GERALDO: e aí tá em ((nome da cidade)) ou tá aqui?
 10 ROBERTA: agora eu já cheguei. faz uns vinte dias que
 11 eu cheguei tava tão bom lá quase que não
 12 volto doutor ((sobrenome)) **aí me lembrei dos**
 13 **seus exa::mes e vim**
 14 GERALDO: mas tá morando lá?

No Excerto 26, Geraldo faz uma pergunta sobre a vida pessoal da paciente, qual seja, se ela ainda está morando na cidade onde costuma passar um período todo ano (dados de conversa informal com a paciente). Em sua resposta (linhas 10 a 13), Roberta aloca: (1º) a resposta de fato – segunda parte do par-adjacente (agora eu já cheguei. faz uns vinte dias que eu cheguei); (2º) uma avaliação do período em que passara lá (tava tão bom lá quase que não volto); e (3º) um *account*, ou seja, uma explicação não sequencialmente solicitada sobre o porquê de ter voltado (aí me lembrei dos seus exames e vim). Note-se que, com esse *account*, ao mesmo tempo em que ela explica o porquê de ter voltado, orienta-se fortemente à construção moral de boa paciente: apesar de ela estar se sentindo bem em outro lugar, ela voltou porque está atenta para o controle do seu corpo e da sua saúde via exames periódicos que deve fazer, ou seja, ela deixa claro que o controle da sua saúde é prioridade em sua vida. Aqui a paciente igualmente parece orientar-se a uma possível ameaça à face do médico (GOFFMAN, 1955) ao dizer que quase não volta

(linhas 11-12), como se desmerecesse o cuidado do médico com a saúde dela e os ganhos do tratamento até ali, o que, moralmente, não a construiria como uma boa paciente. Também acaba por marcar o merecimento de seu atendimento, já que alguém que “não se ajuda”, no senso comum, também não mereceria ser ajudado.

O Excerto 27 faz parte da mesma interação, porém localiza-se em momento posterior.

Excerto 27

285 GERALDO: tu fez em dois mil e dez e tava normal então
 286 dois mil e treze ano que vem a gente repete tá
 287 ROBERTA: ah por isso que eu (pensei ele não pediu) tá
 288 faltando um exame. >a cintilografia já foi pedido
 289 mas aí lembrei não< não foi pedido
 290 GERALDO: mas não vai precisá: porque aquela de dois mil
 291 e dez tava normal
 292 ROBERTA: é (.) aí não precisa fazê todos ano,
 293 GERALDO: não. (1.0) isso não muda- não muda rápido.
 294 ROBERTA: **não e eu continuo cuidando, me alimentando,**
 295 **tomando cálcio, fazendo o possível tentando**
 296 **me cuidá ao máximo (.) pra que tudo permaneça**
 297 **bem**
 298 (30.0) ((nesse tempo, provavelmente o médico
 299 escreve requisições))
 300 GERALDO: °deixa eu só pedi aqui os exames°

Geraldo e Roberta estão discutindo sobre os exames realizados e os que devem ser repetidos quando a paciente se dá conta de que um exame não fora incluído da última vez. O médico explica o porquê de o exame não ter sido necessário (mas não vai precisá porque aquela de dois mil e dez tava normal, linhas 290-291), e ela, no turno seguinte, faz uma formulação (HERITAGE; WATSON, 1979, 1980; HAK; DE BOER, 1996; OSTERMANN; SOUZA, 2011) do seu entendimento a respeito da fala do médico (é. aí não precisa fazê todos os anos, linha 292). Geraldo confirma o entendimento da paciente, explicando que a característica analisada no exame não é algo que mude tão rápido (não. (1.0) isso não muda- não muda rápido., linha 293). Observe-se que, no turno seguinte (linhas 294 a 297), a paciente voluntaria uma prestação de contas (*account*)

sobre suas atitudes a respeito de sua saúde, turno interacionalmente não requerido pelo outro falante, ou não sequencialmente relevante (OSTERMANN; CARVALHO, 2012), mas que age aqui na construção moral de Roberta como boa paciente. Nesse *account*, a paciente mostra seu engajamento com o controle e a manutenção de sua saúde ao dizer que está se cuidando ao máximo, fazendo o possível. Pode-se dizer também que a paciente marca um distanciamento de uma possível culpabilidade quando ela diz que esse seu engajamento é para que tudo permaneça bem, linha 296. Essa culpabilidade poderia ser atribuída à paciente caso ela adoecesse novamente e não estivesse cuidando da sua saúde, ou seja, faltando com o “controle” que ela deve ter.

Esses *accounts* que a constroem como boa paciente, revelando uma orientação a um controle para que tudo permaneça bem, acabam, assim como no Excerto 26 (o anterior), por criar também uma relação consequencial entre os fatos e os desdobramentos futuros. Sugere-se que esta é uma maneira pela qual Roberta, assim como Marcia, lida com as incertezas no contexto do câncer, por produzir – ainda que somente para ela mesma, já que o médico Geraldo não corrobora – essa relação consequencial entre evidências positivas e um desdobramento positivo da sua doença.

6.3 *Accounts* e o processo de tomada de decisão: o médico ideal na situação errada?

A paciente cujo atendimento é analisado a seguir, Neiva, diferentemente das pacientes dos excertos anteriores, está em sua primeira consulta com o oncologista Fabrício. A finalidade de sua consulta é saber se ela de fato deve fazer a radioterapia e se faz esse procedimento nesse local ou se faz no local de seu domicílio, que fica a 500 quilômetros de distância.

Excerto 28

1 FABRÍCIO: eu sou fabri::cio, tá, eu sou radioterapeuta:: do
2 ((nome do convênio)) (.) ele deve ter te:::=
3 NEIVA: =indica::d[o
4 FABRÍCIO: [isso=
5 NEIVA: =o doutor ((nome)) não só me
6 indico:u, ele me mandô vim aqui hh [hehehe
7 FABRÍCIO: [hãhã
8 NEIVA: não assim ó: (.) eu fiz a:: (.) cirurgia com
9 e::le e::: (1.0) depo:is (.) eu (.) a:: (1.0)
10 como nós- m- eu moro a quinhentos quilômetros
11 daQUI, [no interior
12 FABRÍCIO: [interior
13 NEIVA: .hh nós pertencemos à região de ((nome da cidade)).
14 FABRÍCIO: tá
15 NEIVA: e daí eu tô fazendo a quimioterapia lá. [mas
16 FABRÍCIO: [(faz=
17 =com quem)
17 NEIVA: por indi°caçã:o° do doutor ((sobrenome))
18 FABRÍCIO: [tá. mas
19 NEIVA: [ele me::
20 FABRÍCIO: tu fazia em ((nome da cidade)) ou tu faz aqui=
21 NEIVA: =faço
22 em ((nome da cidade))
23 FABRÍCIO: tá. faz com o ((nome do médico)) com quem tu faz
24 NEIVA: faço com o ((nome do médico))
25 FABRÍCIO: tá
26 NEIVA: mas com ã:: (1.0) a prescrição do dou[tor
27 ((sobrenome)).
28 FABRÍCIO: [sim.
29 (2.0)
30 NEIVA: e: daí:: (.) eu tô preocupada ago::ra com a
31 radioterapia.
32 FABRÍCIO: mhm
33 NEIVA: preciso fazê, sim ou nã::o,
34 FABRÍCIO: vou te explicá agora (tamo indo lá)
35 NEIVA: e aí eu gostaria que: (.) da opinião do se↑nho:r
36 (1.0)
37 NEIVA: e daí >ele também queria vê se::< (.) esse::
38 (1.0) equipamento que eles têm lá (.) dá conta
38 do recado
40 (8.0)
41 NEIVA: que eu assi:m (.) li bastante a respeito de
42 radiotera↑pia né (.) ↓e uma radioterapia mal
43 ↑fe:ita (1.5) dá umas °complicações futuras né°
44 FABRÍCIO: mh↑m (.) eu vô te explicá algumas coisas né: eu
45 não tenho como:: eu não tenho todo o detalhe do
46 mundo do aparelho deles °mas eu° (.) mas eh:
47 posso descobrir. não tem problema.
48 NEIVA: arrã:m

Neiva relata ao médico sua situação como paciente e informa onde mora (informação essa que não é feita com o nome do lugar, mas com a distância entre o lugar onde mora e a cidade onde se dá a consulta aqui analisada). Interessante de se notar em seu primeiro turno é que ela faz questão de dizer que seu mastologista (da mesma instituição) não somente indicou a consulta com este oncologista, ele a mandou procurá-lo (linhas 5-6), alocando também uma risada, que é coconstruída pelo médico na linha 7. Essa risada pode ser analisada como um reconhecimento de uma situação estranha (médico declaradamente *mandando* na paciente), mas ao mesmo tempo do fato de ela se dar conta de que está ali *obedecendo*. Parece ser uma ironia que Neiva constrói, e também um riso de si mesma. Esse *account* das linhas 5-6, além de justificar a relevância dessa consulta, constrói Neiva moralmente como uma “boa paciente”, aquela que “obedece” a seu médico em prol de um bom tratamento.

Depois dos turnos das linhas 8 a 25, nos quais a paciente menciona a sua cirurgia e atualiza o oncologista sobre quem é o responsável pelo seu tratamento quimioterápico e o local em que faz esse tratamento, Neiva demonstra preocupação com a radioterapia e quer saber se deve fazê-la ou não, declarando que gostaria da opinião desse médico e de saber se o equipamento lá na sua cidade de origem dá conta do recado (linhas 29-30, 32, 34-38). A paciente também produz um *account* que revela seu *status* de conhecimento, uma explicação sobre ter lido bastante a respeito de radioterapia e sobre saber que um procedimento desses, quando mal feito, pode trazer complicações no futuro (linhas 40-42). Com esse *account*, justifica o fato de querer saber se a máquina que existe no hospital em sua cidade de residência dá conta do recado.

Com base no Excerto 28, podemos reafirmar que os *accounts* estão também diretamente ligados a questões morais nas relações humanas (GARFINKEL, 1967; DREW, 1998; ANTAKI et al., 2008). Podemos sugerir que o fato de a paciente ter produzido um *account* logo após ter dito que queria saber se a máquina na sua cidade é boa para seu

tratamento está diretamente ligado a expectativas que os interagentes têm uns sobre os outros. Na fala-em-interação institucional, isso está intimamente ligado às identidades institucionais às quais as pessoas se orientam. Dessa forma, para a paciente demonstrar uma agentividade que não é esperada dela, ela produz um *account*, como se dissesse “sei que não é da minha alçada, mas tenho lido muito a respeito e por causa disso posso falar o que estou falando”.

Note-se que esse *account* também trabalha *prospectivamente* em um momento em que Neiva se constrói como “não completamente leiga”, como conhecedora de radioterapia em certa medida. Talvez tenha sido esse *account* que determinara alguns aspectos da consulta que serão analisados a seguir. Isto é, talvez a atitude de Neiva em se anunciar como conhecedora do assunto já no início da consulta tenha contribuído para a abordagem do médico (cheia de justificativas desenhadas para sua interlocutora), e assim ele terá que dividir a posição de “detentor de saber” com ela. Entretanto, não se deve perder de vista que essa paciente está ali para ter uma resposta, a opinião desse médico sobre suas ações futuras, sobre a decisão que terá que tomar, e essa certeza que ela dá mostra de que estava esperando não chega a acontecer.

Após o momento da consulta mostrado nesse excerto, durante doze minutos, o médico Fabrício coleta informações sobre o histórico de vida da paciente e das doenças na família. A paciente relata todo o processo de descoberta do nódulo, de biópsia, de diagnóstico, de cirurgia e de encaminhamento até ali. O médico anota detalhes dos exames de biópsia e pós-cirurgia que indicam tamanho dos nódulos, área afetada, tipo de nódulo e considerações do cirurgião que realizou a mastectomia sobre o estado da mama e dos tecidos restantes. Nesse momento, ele então começa uma chamada de seu celular para o cirurgião mastologista, e, nas linhas 57 a 62, antes que o cirurgião atenda a ligação, ele faz um anúncio das suas próximas ações à paciente e esse parece ser o ponto que anuncia a sua entrada em um modo de *accountability*. Veja-se o Excerto 29:

Excerto 29

57 FABRÍCIO: eu vou te dizer onde eu quero chegá com essa::
 58 (2.0)
 59 FABRÍCIO: co:m (.) com tudo que a gente tá fa↑la:ndo=
 60 NEIVA: =mhm
 61 FABRÍCIO: e até porque o porQUÊ de eu estar ligando também
 pra ele né

Na sequência, os dois médicos conversam sobre a impressão do cirurgião sobre a paciente. Nos próximos turnos, depois de encerrar a ligação, Fabrício volta-se novamente à paciente e começa uma longa explicação, e essa explicação irá justificar a sua ideia de que a paciente deve sim ser tratada com radioterapia, uma das perguntas iniciais da paciente (veja-se a linha 31 do Excerto 28). Veja-se o excerto a seguir.

Excerto 30

73 FABRÍCIO: então é assim ó a impressão que o ((nome do
 74 médico)) teve tá: (.) então é assim ó. o que
 75 que acontece então ã:: tu tem algumas
 76 características vamos dizer assim que são da
 77 doença e que talvez- e que muito possivelmente
 78 eu como- como oncologista como oncoradio eu não
 79 vô mudá esse tipo de característica tá:: que são
 80 coisas do tipo assim (.) ã o fato de ser o famoso
 81 triplo negativo que nada mais é que um estudo
 82 mais a fu:ndo mais aprofundado do- da biópsia
 83 da mama para sabê que tipo de comportamento que
 84 a doença tem, pra sabê se vai usá: um bloqueador
 85 de hormônio ou não vai,
 86 NEIVA: mhm=
 87 FABRÍCIO: =e não é uma coisa incomum não é uma coisa
 88 infrequente uma mulher- quanto mais jovem mais
 89 a gente tem uma certa tendência a vê que as
 90 mulheres tem menos positividade de receptores
 91 hormonais de que as mulheres mais velhas pós-
 92 menopausa. né: é uma coisa que se sugere que
 93 se desenvolva mas assim (.) de uma maneira
 94 gera:l ã- ã: essas características não me
 95 contam muito agora na hora de- de- de indicar
 96 ou não indicar o tratamento tá (.) o que tá tá
 97 vamos dizer assim pegando vamos dizer assim
 98 mais ou menos no teu caso é o seguinte. eh
 99 existe estudo bem conduzido bem informado bem

100 bem vamos dizer assim bem estudado de que vamos
101 dizer assim (.) a alternativa para uma mulher
102 com câncer de mama independentemente de idade
103 e de qualquer coisa é: (.) ou mastectomia de
104 retirada da mama inteira ou retirada de porção
105 da mama. tá (.) então assim existe um estudo
106 que é bem conhecido o ((médico)) inclusive foi
107 ao centro onde foi feito o estudo onde tu tem
108 por exemplo um grupo de mulheres que tiraram
109 toda a ↑mama e se fez um estudo bem conduzido
110 não se escolheu nada ã: se escolheu tudo
111 aleatoriamente vamos dizer assim se selecionou
112 essas pacientes e se viu que a gente consegue
113 fazer essas mulheres que tiraram parte da mama
114 e não toda a mama chegarem em proporções
115 semelhantes em cinco dez anos vi- vivas vamos
116 dizer assim

117 NEIVA: °sim°=
118 FABRÍCIO: =ou seja com os mesmos potenciais ou chances
119 de cura desde que nesse grupo que eu conservo a
120 ↑mama eu faça radioterapia da mama que restô.
121 (.) certo?
122 NEIVA: ãm=
123 FABRÍCIO: =que eu (.) aspas esterilize essa mama (.) ↑tá::
124 (.) .hhhh (.) o que tá: acontecendo nessa
125 história toda é o seguinte (.) dentro do grupo
126 de mulheres que- (.) que fizeram a mastecto↑mia
127 .hh existe um subgrupo de pacientes (.) que
128 mesmo que elas tenham tirado toda a mama .hhh
129 eu ainda boto as coisas na balança e pesando
130 os riscos que ela tem ela ainda também sai com
131 chance de recidiva que ↑justifique eu fazer
132 radioterapia dessa mama. (.) dessa aspas mama
133 hoje em dia seja ela prótese, seja expensor,
134 seja pele e ↑osso (.) hoje justifica isso aqui.
135 da mesma maneira que a gente sabe que DEve
136 existir um subgrupo de pacientes DENtro desse
137 grupo de mulheres que conservaram a mama que
138 talvez de tão bom prognóstico elas talvez nem
139 sequer preci↑sassem de radioterapia. [tá::
140 NEIVA: [mhmm
141 FABRÍCIO: enquanto a gente não tiver informações de
142 análises genéticas todas é:: completas dessas
143 pacientes a gente acaba tratando esse grupo
144 ↓todo. .hhh então tem algumas coisas que tão
145 acontecendo contigo por exemplo assim o
146 crité::rio aquele assim de fincá o pé de dizê
147 que tu tem uma indicação, que tu é um subgrupo
148 de com↑pleto risco vamos dizer assim a- a
149 despeito de tu teres feito a mastectomia tu
150 fazê a radioterapia a↑gora que não é.=
151 NEIVA: =mhm=
152 FABRÍCIO: =en↑tende
153 (.) tu não tem características (fora do normal), de
154 cinco centímetros, axila maciçamente comprometida
155 tu não es↑tá nesse grupo então é uma coisa que eu

156 quero te deixar [clara
157 NEIVA: [si:m [sim
158 FABRÍCIO: [então assim não tô indicando
159 radioterapia pelo fato simples assim ah não ela
160 é uma paciente de risco, tinha um tumor
161 horroroso, tinha gânglios ã:: ã: ma-
162 maciçamente comprometidos que tu tenha a
163 indicação de fazê. mas ao mesmo tempo tu há de
164 convir comigo que a cirurgia hoje em dia essa
165 cirurgia intermediária que se faz hhh que não é
166 nem a mastectomia clássica nem a setorectomia, tu
167 tá aqui no meio.
168 NEIVA: mhm=
169 FABRÍCIO: =tu en↑tende
170 NEIVA: [ãrrã
171 FABRÍCIO: [então a gente ainda tá numa vamos dizer assim
172 até que as coisas estejam muito sedimen↑tadas,
173 eu ainda- a gente ainda tem essa convicção de
174 que pela cirur↑gia ã- ter sido ã vamos dizer
175 assim pelo menos poupadora da pele tá pele e
176 mamilo coisa e tal que tu tenha esvaziado o
177 conteúdo da mama inte:ira a gente sempre fica
178 nesse questionamento do quanto e quando é
179 indicado pra essas pacientes a↑qui que estão
180 nessa coluna do meio que é o teu caso a
181 radioterapia. (.) o que tá acontecendo também
182 nessa- nesse teu aspecto é que muito mais eu
183 tô indicando pela primeira fragmentação da
184 doença que saiu como se fosse um fibroadenoma
185 pra daí depois o ((médico)) a- até vô te dizê
186 ↑mais assim talvez até a própria cirurgia do
187 ((médico)) ele tenha eleito a cirurgia pa- pra
188 tirá o contorno que é o contorno mamário em
189 função da fragmentação da pri↑meira. talvez
190 ele pudesse se fosse originalmente com ele
191 ter tirado só parte e a gente não estaria
192 fazendo nada disso a gente estaria com tudo
193 dominado ó vou tratá a mama depois de uma
194 (tumorectomia) por exemplo. (.) tá então assim
195 [d-
196 NEIVA: [se eu pudesse voltá no [te:mpo
197 FABRÍCIO: [é: não, mas assim [eu=
198 NEIVA: [né:
199 FABRÍCIO: =juro por deus eu não tô tocando nessa tecla
200 com o intuito de:: questioná alguma coisa [eu

Escolhi colocar esse longo excerto propositalmente, com o intuito de mostrar também o tamanho dos turnos de fala da paciente e do médico. A estrutura mais se parece com um “monólogo”, ou se assemelha a alguns tipos de interação de sala de aula mais tradicionais, em

que alguém normalmente está em uma posição de “comandar” a interação e há momentos específicos em que a participação do outro é requisitada ou pode acontecer. Os turnos do oncologista aqui, assim como muitas vezes são os de um/a professor/a em sala de aula, são longos e carregados de informações; já os da paciente são monossílabos e consistem em recibos de que ela ouviu. Essa é basicamente a estrutura de toda a interação, com exceção de alguns momentos em que a paciente explicita alguma dúvida pontual, mas que proporcionalmente são poucos.

Podemos notar que Fabrício começa sua fala orientando-se para a escolha de suas palavras, o que consiste em certa resistência (conforme apontado também por Roberts, 1999) explicada provavelmente pelo fato de que ele topicaliza pontos negativos das características do câncer de Neiva (JEFFERSON, 1988), fato que ele não pode mudar. Na linha 73, Fabrício entra em um “modo de *accountability*”. O turno que ele inicia na linha 73 abre uma longa explicação (é também o início de uma sequência inserida dentro de um par-adjacente maior de solicitação-resposta) que serve de justificativa à resposta que ele precisa prover à paciente – se ela deve fazer a radioterapia ou não. Note-se que ele inicia o provimento de uma resposta nas linhas 118-121, depois retoma seus *accounts* e volta a delinear uma resposta, ainda que indireta aqui, nas linhas 149-150. As explicações providas anteriormente *prepararam o terreno* para a resposta por meio da construção de argumentos que justificariam a sua ideia.

O modo de *accountability* nesse excerto acontece em função de o oncologista estar altamente orientado a prestar contas para a paciente de que, apesar de ele indicar a radioterapia para ela (linhas 158-159), ela não é uma paciente com extremo risco de vida, nem seu prognóstico é ruim, conforme linhas 144 a 150. Nas linhas 152-156, o médico reforça tal ressalva de que ela não é uma paciente de risco e usa essa ressalva como contraposição na construção de outro argumento (linhas 163 a 167) para justificar a ideia de que ela está em um grupo que necessita de radioterapia: *mas ao mesmo tempo tu há de convir comigo*

que a cirurgia hoje em dia essa cirurgia intermediária que se faz hhh que não é nem a mastectomia clássica nem a tumorectomia, tu tá aqui no meio. Em tu há de convir comigo, o médico, em sua argumentação, acaba por colocar a paciente em uma situação em que uma discordância da sua lógica seria mais trabalhosa. E se a resposta sobre a necessidade de Neiva fazer radioterapia é baseada em uma lógica – com a qual ela mesma concordaria –, maior potencial de aderência de Neiva o oncologista constrói. O oncologista também assume um tipo de discurso retórico, conforme lembram Lamerichs e te Molder (2011), que apresenta descrições sempre orientadas a uma contraposição, a uma versão contrastante.

Considera-se que *accountability* possa ser comparada a esse princípio retórico, pois ela é da natureza da interação, do diálogo: quase sempre estamos orientados a ideias, pensamentos e julgamentos do outro que possam se contrapor ou invalidar o que estamos dizendo. Assim, antecipar-se, justificar-se e explicar-se é a saída para lidar com contrariedades que se podem prever.

Nas linhas 171-173, também encontramos um *account* mais explícito, do tipo “x é por causa de y”. Fabrício diz: muito mais eu tô indicando [a radioterapia] pela primeira fragmentação da doença que saiu como se fosse um fibroadenoma.

No Excerto 31, o oncologista está explicando à paciente as diferenças nos tipos de radioterapia, que podem ser bidimensionais e tridimensionais, esta última sendo a forma mais moderna e segura de se fazer. Note-se que ele passa a utilizar um recurso visual com a paciente, possivelmente para tentar garantir que ela entenda melhor tais diferenças:

Excerto 31

260 FABRÍCIO: o que mais influencia num caso como o teu é a
 261 gente tê convicçã:o de que (.) com o tratamento
 262 que tu vai fazê que seja vamos dizer assim um

263 tratamento tridimensional, que seja com
 264 tomografia, que tu na tomografia a gente
 265 identifique as coisas entende não fazer com
 266 tomografia significa tu tratar meio que às
 267 cegas vamos dizer assim tá: (.) só pra tu ter um
 268 exemplo de- de coisas (1.0) ã: antigame:nte
 269 tenho uma- tenho uma coisa pra te mostrar aqui
 270 NEIVA: eu vi u::m [um
 271 FABRÍCIO: [é não é nem antigamente (.) tem
 272 uns serviços que ainda fazem [assim eu vô te dizê
 273 NEIVA: [ainda fazem né é
 274 eu sei=
 275 FABRÍCIO: =mas te mostrando [especificamente
 276 NEIVA: [essa é a minha preocupação::o
 277 né=
 278 FABRÍCIO: =é deixa eu te mostrar uma coisa aqui tu vai
 279 entendê [como-
 280 NEIVA: [que era:: (1.0) que é feito:: (1.0) numa
 281 radioterapia é usado a mesma dosagem em cima da-
 282 do:: lin[fonodos-
 283 FABRÍCIO: [é usada a mesma dosagem para todo mundo
 284 tu tá entendendo

((linhas omitidas em que segue a explicação sobre a diferença de radioterapia 2D e 3D, da nova regulação da ANS, que reza que todas as clínicas devem fazer a radioterapia 3D a partir de janeiro de 2012, ele pega um material de uma aula que ele deu sobre as diferenças de planejamento e execução de radioterapia 2D e 3D.))

320 FABRÍCIO: então eu faço uma tomografia eu ou outro
 321 serviço é esse tipo de excelência que tu tem
 322 que buscar (.) tá tu faz uma tomografia onde
 323 tu viu que realmente tira vários contornos da
 324 paciente é como se eu fatiasse do começo ao
 325 fim (0.8) vou tê a- vamos dizer assim eu deixo
 326 de tê só um só um corte eu vou tê todos
 327 possíveis imagináveis para que uma paciente
 328 que nem tu ó prótese (.) parecem uns discos
 329 voadores ali tá
 330 NEIVA: ãrrãm
 331 FABRÍCIO: e cada risco verde desses ali é uma foto de
 332 tomografia que jun+ta:ndo todos os pedaços fica
 333 essa- essa foto inteira vamos dizer assim
 334 tridimensional
 335 NEIVA: mhmm
 336 FABRÍCIO: ou seja cada foto dessas que eu recebê na
 337 minha tela eu vou recebê e aí eu consigo vê
 338 do começo ao fim e isso é que é real (.) isso
 339 é tu vê que isso é gordura, que isso é mama,
 340 que isso é gordura de novo, o começo o meio
 341 e o fim da mama=
 342 NEIVA: =é:=
 343 FABRÍCIO: =e que antes eu tirava só daqui
 344 só de uma parte
 345 (0.7)
 346 FABRÍCIO: e: aqui com isso o que que se consegue também

347 (.) tu poupa pulmão porque tu vai desenhar
 348 onde tá o pulmão que tu quer protegê, tu vai
 349 desenhar a área de risco que tu qué tratá

((continua a explicação mais técnica nesses turnos omitidos))

370 FABRÍCIO: então esse tipo de coisa neiva eu não tenho
 371 como especificamente te dizê que recurso tem,
 372 que máquina tem coisa e tal (.) eu tenho
 373 como: fico meio que:: (0.5) com dois corações
 374 (.) assim (.) eu tenho: (.) vamos dizer assim
 375 uma certa:: uma certa:: °não é pena a questão°
 376 é mas é pena de te tirá de um lugar onde tu
 377 trabalha onde tu tem a tua vida porque tu não
 378 é uma paciente que- tu não é uma paciente: (.)
 379 idos:a aposentada. não tu tem a tua funçã::o
 380 tu tem função administrativa no que tu fa:z
 381 e daqui a pouco eu tô te dizendo que:: vamos
 382 dizer assim (.) é: seria interessante:- é
 383 óbvio (>né Neiva assim que<) se eu te disser que
 384 todos vão fazê o que eu tô te propondo a fazê
 385 eu tô te cumprimentando com o chapéu dos outros
 386 eu não tenho como te dizê isso né. eu tô
 387 tentando te abastecê de informações <que: te
 388 façam ter >um julgamento de ou te propõe
 389 alguém isso aqui (1.0) ou tu vem e vem tratá.
 390 NEIVA: mh[m
 391 FABRÍCIO: [entende eu não tenho como ir mais adiante
 392 nessa discussão entende

Das linhas 260 a 349, Fabrício mostra na tela de seu computador de mesa um material que utilizara em uma palestra. Ele consegue, assim, dar a conhecer detalhes à paciente aos quais ela talvez não tivesse acesso em nenhum outro lugar, ou seja, a oportunidade de ter o médico ali sentado com ela mostrando seu material de aula juntamente com suas explicações. Assim, ela poderá optar por onde fazer a radioterapia tendo informações que vão além das que ela poderia ter sozinha, ou apenas com impressões prontas que o médico poderia ter passado. Esse fato cria condições para que ela passe a um nível “menos leigo” de conhecimento sobre a própria saúde.

Por fim, das linhas 370 a 392, o oncologista realiza mais *accounts*, agora justificando à paciente a impossibilidade de dar certeza a ela quanto ao tipo de tratamento que será

disponibilizado na cidade da paciente. Essas justificativas, na verdade, aliadas à retórica que ele assume a partir das linhas 374 a 386, ou seja, de que ele não quer tirá-la do trabalho, da sua função, e de que ele não pode falar pelos outros (referindo-se aos profissionais dessa outra instituição, na outra cidade), acabam por deixar claro que o garantido mesmo seria ela receber o tratamento nessa instituição, com Fabrício, não fossem as circunstâncias de sua vida profissional. Nas linhas 386 a 389, o médico realiza uma formulação do que está fazendo naquela interação (eu tô tentando te abastecê de informações <que te façam ter um julgamento>) (GARFINKEL; SACKS, 1970). Na sequência, produz mais um argumento (linhas 388-389 e 391-392), e aqui é o primeiro argumento de autoridade que ele produz: ou propõem – nessa outra instituição – exatamente o que Fabrício está a propor, ou a paciente deve vir para se tratar ali. Ele também afirma não ter mais como prosseguir na discussão (o médico provavelmente refere-se aqui a ter esgotado seus argumentos).

Neiva poderia ser considerada uma paciente “empoderada”: ainda que obedeça a uma ordem de seu mastologista sobre consultar um oncologista radioterapeuta – atividade de uma boa paciente, e de uma paciente que se submete –, ela demonstra ter algum saber sobre radioterapia. Portanto, o oncologista aqui terá que dividir a posição de “detentor de saber” com ela. Esse modo como ela se constrói no início acaba deslocando o poder e a exclusividade do médico como alguém que *sabe tudo e irá dizer o que ela deve fazer* para alguém que *poderá aconselhá-la à decisão mais apropriada*, de acordo com seus saberes científicos.

Entretanto, há que não se perder de vista que Fabrício, por meio de seus *accounts*, lida com a impossibilidade de aconselhar determinada ação para a paciente, de recomendar de fato onde é melhor fazer a radioterapia. Tal impossibilidade pode representar uma ruptura, pois, ao mesmo tempo em que é sabido que os médicos devem fazer seus aconselhamentos e recomendações dividindo protagonismo com as pacientes e fazendo com que a tomada de

decisões seja um momento cercado por um ambiente de muita informação, a paciente demonstrara já no início da consulta que buscava ser guiada por uma decisão do médico. Ela já havia lido o que estava ao seu alcance, mas precisava agora de um “voto de minerva”, que realmente “batesse o martelo” por uma das alternativas (realizar o tratamento na cidade da consulta ou na cidade em que ela mora, distante 500 km do local). “Abastecê-la de informações”, ação que o médico formula estar fazendo na consulta (linhas 386-389), é, nesse contexto, ainda insuficiente para essa paciente, além do que nem se tem certeza (nem o médico, menos ainda nós, analistas) sobre o entendimento de Neiva quanto ao que “aprendera”.

Discussão

Neste capítulo, analisaram-se *accounts* que constroem ações que remediam uma conduta problemática na interação, que agem prospectivamente na construção moral e identitária dos falantes e que também podem lidar com incertezas ou impossibilidades que ainda serão anunciadas – que é o caso da interação na última subseção. Os *accounts* são então considerados como uma prática que requer uma atenção maior do analista: as ações que performam podem não se circunscrever à sequência construída pelos falantes até o *account*, e sim a partir dali, agindo de maneira criativa e renovadora do contexto local. Conforme Firth (1995) afirma, esse entendimento foi pouco estudado na literatura sobre os *accounts*. Ainda que esse seu texto seja de 1995, os artigos e livros a que tive acesso que foram produzidos depois desse ano ainda não lidam largamente com essa dimensão dos *accounts*, ou seja, também a sua consequência para a interação e o ambiente que eles criam – o que se chama de característica *context-renewing* (renovadora de contexto) das ações interacionais (HERITAGE; MAYNARD, 2006).

Além disso, considera-se que *accounts* constituem uma prática que lida com situações (e ações) delicadas e envolve fatores que requerem cuidado interacional dos falantes, tais

como: (a) o tópico em si que pode ser delicado; (b) uma possível ação despreferida do interlocutor em resposta; (c) o posicionamento do *account*; e (d) a construção de moralidade e normalidade pertinentes à saúde da paciente.

O foco desta análise também corresponde ao argumento central da tese, de que os participantes, por meio das práticas interacionais observadas, estão a lidar com a impossibilidade das certezas no contexto do tratamento do câncer. Contudo, afastou-se mais do argumento central a subseção 6.1 (*Accounts realizando a construção da normalidade da situação da paciente*), cuja discussão, ao levar em conta as categorias de pertença, esteve mais para o nível da identidade da falante em questão negociada na consulta. Já na subseção 6.2 (*Accounts que realizam a construção moral de boa paciente*), os *accounts* que projetam as pacientes como boas pacientes também constroem o entendimento de que, além de elas estarem com a doença sob controle, estão fazendo seu “papel”, sua parte, corretamente. Pode haver então, pela lógica das evidências positivas (evidência de exames e de seus “bons” comportamentos), uma diminuição das incertezas nesse contexto do controle do câncer de mama. Por fim, na subseção 6.3 (*Accounts e o processo de tomada de decisão: o médico ideal na situação errada?*), entende-se que, ao produzir vários *accounts* em suas respostas a uma demanda da paciente, o médico em questão lida também com a impossibilidade *per se* da certeza no assunto – que nesse caso é poder dizer se a paciente teria a mesma qualidade na radioterapia em sua cidade de origem.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta mais ampla desta tese foi a de refletir sobre as práticas interacionais construídas por médicos oncologistas e pacientes com câncer de mama em consultas de acompanhamento de seus tratamentos ou de retorno e/ou revisão. A reflexão tomou como ponto de partida a necessidade de se investigar momentos na comunicação médico-paciente que não são nem de entrega de más notícias nem de desdobramentos no cuidado de pacientes terminais. Essa necessidade emerge quando nos damos conta de que a incerteza sobre variados aspectos no contexto do câncer se reflete na comunicação e pode transformar-se em problema interacional entre os profissionais e os pacientes, conforme os relatos de pessoas que já passaram pela experiência do câncer.

7.1 Retomada de objetivos e discussão

Retomam-se a seguir, de forma mais abreviada, os objetivos específicos deste trabalho investigativo, para então ser possível, nos parágrafos seguintes, discutir-se sobre o que cada capítulo fez:

a) descrever e discutir um padrão observado nas consultas de acompanhamento e/ou revisão: a busca pelo “tá tudo bem”, via avaliações produzidas por médicos e pacientes, solicitadas por pacientes ou ofertadas pelos médicos;

b) descrever e discutir um tópico recorrente nas primeiras consultas: informações prognósticas, via recomendações, justificativas e argumentação produzidas pelos médicos;

c) descrever e discutir a produção de *accounts* por médicos e pacientes e sua relação com certas categorias sendo construídas e atualizadas na interação.

A análise empreendida no Capítulo 4 mostrou um padrão que revela a organização da busca pelo “tá tudo bem” pela presença das seguintes características: (a) avaliações de seu

estado emocional que as pacientes fazem e que podem estar sendo entendidas pelo médico como uma solicitação de avaliação de sua saúde física; (b) a orientação do médico para prover avaliações mesmo quando não requisitadas; (c) as avaliações em resposta que o médico produz quando solicitadas mais diretamente pela paciente, incluindo escalonamentos positivos das avaliações que têm potencial para tranquilizar a paciente; e (d) busca por reiteradas avaliações positivas por parte das pacientes e que são, então, providas pelos médicos. A destacar, observou-se que a paciente inicia a busca pelo “tá tudo bem” de uma forma mitigada e vai construindo-a mais diretamente ao longo da interação. Além disso, observou-se que o médico produz respostas e demonstra orientação às solicitações de avaliação que as pacientes produzem sobre seu estado físico, e não sobre seu estado emocional. De uma maneira geral, a avaliação do próprio estado emocional produzida pelas pacientes deflagra sua necessidade de ouvir que está tudo bem fisicamente. Quando o médico não oferece essa avaliação de forma espontânea, a paciente solicita-a de uma forma mais direta, por meio de perguntas polares.

No Capítulo 5, foram analisados os prognósticos que são oferecidos pelo médico e os que são solicitados pela paciente, que cumprem, cada um deles, diferentes propósitos dentro da consulta. Os prognósticos oferecidos pelos médicos, em sua essência, constroem recomendações e uma fundamentação para argumentações, além de acontecerem sem que a paciente os tenha requerido. Já os prognósticos solicitados pelas pacientes são pedidos de informação sobre seu futuro que acabam sendo providas pelo médico por meio de avaliações que, por sua vez, têm o potencial de tranquilizá-la. Notou-se que a fala sobre prognóstico envolve recomendações e também avaliações a respeito da saúde das pacientes. Em vários momentos, a fala sobre prognóstico está imbricada em uma recomendação, e muitas recomendações topicalizam prognóstico e fazem movimentos avaliativos que têm o potencial de tranquilizar as pacientes nas interações. Essa constelação de ações parece corresponder a processos argumentativos maiores que acontecem nas interações sob análise, que em sua

maior parte advêm de duas primeiras consultas. Ao mesmo tempo, considera-se que essas ações que correspondem a um processo argumentativo maior estejam: (a) a construir a diferenciação das primeiras consultas das consultas de acompanhamento e revisão por meio de práticas que visam a objetivos diferentes; (b) e a lidar com a impossibilidade da certeza sobre a cura.

O Capítulo 6 analisou os *accounts* que: (a) servem à construção de uma normalidade dos fatos através de ações e de descrições de atividades atreladas a certas categorias; (b) constroem uma relação com moralidade, porém é uma moralidade trazida à interação não por alguma problematização do médico, e sim pelas próprias pacientes; e (c) atuam na construção das recomendações dos médicos, ao mesmo tempo em que criam a sua identidade como alguém que não toma a decisão pela paciente, mas pode auxiliá-la a reunir informações para poder tomar uma decisão. Assim, nas duas primeiras seções do Capítulo 6, foram explorados *accounts* produzidos por pacientes; já na terceira subseção, *accounts* produzidos pelos médicos foram o foco.

Ao longo dos capítulos, a descrição e discussão das recorrências nas práticas interacionais estudadas apontou que as ações realizadas pelos participantes lidavam, de uma forma ou de outra, com a impossibilidade da certeza no contexto do tratamento do câncer de mama. Assim, o que se entende como o fio condutor desta tese – a impossibilidade da certeza no contexto do tratamento do câncer de mama – pode-se notar pelos seguintes fatores:

(a) a reiterada solicitação de avaliação pelas pacientes (ou a busca pelo “tá tudo bem”) lida com a impossibilidade da certeza da cura, ou seja, de um “tá tudo bem pra sempre” – uma vez que essas pacientes nunca estarão de todo livres da possibilidade de recidiva.

(b) a fala sobre prognóstico e as recomendações que se apresentam entremeadas por argumentação e por justificativas lidam com a impossibilidade de total certeza no que se

recomenda ou se avalia (tratamentos que não podem garantir a cura; testes caros que não são totalmente garantidos para o que se está pesquisando; etc.).

(c) as informações sobre prognóstico *per se* tratam de incerteza, de impossibilidade de se garantir uma resposta certa, fixa sobre se uma paciente ficará curada ou não (como no caso da paciente idosa).

(d) os *accounts* que as pacientes fazem – que as projetam como boas pacientes – constroem o entendimento de que, além de elas estarem com a doença sob controle, elas também estão fazendo seu “papel”, sua parte, “corretamente”. Assim, especula-se, há muito mais probabilidade para a certeza emergir. Pode haver então, pela lógica das evidências positivas (evidência de exames e de seus “bons” comportamentos), uma diminuição das incertezas nesse contexto do controle do câncer de mama. Especula-se ser essa lógica que as pacientes constroem ao produzir seus *accounts*. Há que se lembrar que, de todas as ações descritas ao longo da tese, nesse capítulo (6) encontram-se aquelas que menos refletem o ponto central da tese, que é a discussão sobre a impossibilidade da certeza no contexto investigado.

7.2 E o que fica disso tudo?

Entre os fatores observados nas interações, destacam-se aqui os principais para a construção desta tese:

O “tá tudo bem” parece funcionar como um *carimbo* que as pacientes buscam, quase que incessantemente, nas consultas. Ainda que elas já tenham visto o resultado dos exames de revisão e saibam que está tudo bem (nada de novo), elas buscam ouvir essa informação do médico por meio de reiteradas solicitações de avaliação. Entretanto, o carimbo, na sua

representação de algo definitivo, é impossível de ser provido, pois depende de certezas que muitas vezes não podem ser providas.

O escalonamento das avaliações positivas que os médicos do ambiente pesquisado produzem (seus “carimbos parciais”) ao utilizar palavras que enfatizam o lado positivo (*tudo tranquilo; ótimo; excelente*) consiste em um tipo de afiliação. Entretanto, há que se observar que, mesmo em contextos de escalonamento, a paciente ainda repete sua solicitação de avaliação em muitas das ocorrências observadas. Isso pode apontar para a importância de que os profissionais da saúde relembrem as evidências de que tudo está bem com a paciente, tal como mostrado na análise da primeira consulta da paciente Anelise no Capítulo 4. Isso será abordado mais adiante na subseção 7.4.

A busca da paciente pelo carimbo em questão acaba por corroborar as identidades dos participantes na interação e a relação social entre eles: a paciente ao pedir avaliações atualiza o *status* de sabedor do médico, e a própria identidade de profissional de saúde habilitado a responder a sua questão; o médico, ao prover ou produzir avaliações mesmo quando não requisitado, demonstra seu entendimento de que é a paciente que está em busca dessa avaliação e é ele quem pode dar (ela dá mostras de esperar isso dele).

Além disso, a existência de certa recorrência de avaliações de estado emocional produzidas pelas pacientes pode se traduzir no entendimento dessas pacientes de outra atribuição desses profissionais de saúde: a de que são interlocutores de suas preocupações quanto à possibilidade de retorno da doença. E, uma vez interlocutores dessas demandas mais emocionais, conseqüentemente cuidadores de tais demandas. Podemos estar, então, diante da construção de uma atribuição da categoria específica de especialista “oncologista”: entre outros aspectos, um *cuidador emocional*.

Sugere-se que os oferecimentos e escalonamentos de avaliações positivas pelos médicos representam o que eles podem fornecer no lugar do tratamento das demandas da

seara emocional das pacientes. Ao mesmo tempo, pergunta-se: seria a busca pelo “tá tudo bem” a representação da busca pela cura? Uma incessante perseguição da cura? E incessante porque impossível? Não se pode ter a cura, por consequência o “tudo bem” teria uma limitação sabida pelas pacientes.

A busca repetida das pacientes também pode apontar a presença do medo da morte no horizonte (SANDÉN et al., 2001), apesar de seus casos serem considerados pelos médicos como de baixo risco para recidivas. Considera-se, assim, que a tranquilização da paciente, mesmo em situações em que não é definitiva, é importante e parece de fato ser um dos objetivos da consulta de revisão e acompanhamento para ambos os participantes. Esse potencial para a tranquilização da paciente parece acontecer por meio do “atestado de saúde”, o *carimbo*, que ela recebe por meio das avaliações positivas e escalonadas dos médicos nas consultas. Conforme discutido, ainda que muitas vezes esse atestado não seja definitivo, ele parece ser essencial no desenvolvimento dessas interações e no fechamento da consulta – e de mais uma etapa para a paciente (seja pelo dia presente, seja por uma semana, por quatro meses ou por um ano).

É de se considerar a hipótese de que, nas consultas de revisão, o rondar da morte não mais seja uma questão para o oncologista, mas ainda o seja para a paciente, que fica então sozinha com o seu fantasma. Da mesma forma, a expressão emocional da paciente e as repetidas solicitações de avaliação de seu estado físico poderiam até mesmo ser comparadas a um grande resíduo de sintoma (MAYNARD; FRANKEL, 2006, conforme explico no Capítulo 4): “se está tudo bem comigo, porque eu tenho que continuar vindo aqui de seis em seis meses (ou até menos) para fazer todos esses exames?”. No fundo, obviamente, além de saber que é o protocolo, a paciente sabe que não está assim tudo tão bem: sempre há a possibilidade de que em um daqueles exames de controle ela possa receber más notícias, e ela está sempre alerta para isso.

Além disso, entendo que não somente as avaliações positivas e escalonadas ajam de forma a possibilitar a tranquilização da paciente. As recomendações e informações prognósticas que são produzidas em meio à construção de argumentos e justificativas (uma medicina baseada em evidências na prática) e as coconstruções e ratificações dos *accounts* que as pacientes produzem sobre a normalidade de sua condição ou sobre sua identidade de boas pacientes também possuem potencial de tranquilizar as pacientes.

Também não posso deixar de vislumbrar que a construção moral de boa paciente, de uma paciente que está atenta ao controle do seu corpo, pode ser constituinte de uma lógica de esperança para as pacientes. A lógica seria: “se controlo meu corpo corretamente, provavelmente estou livre de uma piora ou de uma nova má notícia. Ou melhor, possivelmente vou melhorar tendo essa conduta. Digo isso ao médico como uma forma de me convencer de que há esperança e para ele me dizer que eu estou bem se continuo assim”. Poderia ainda ser um gerenciamento de otimismo, conforme Beach e Hopper (2000) e Beach (2002). Ele explica que Robert Hopper, estudioso da mesma área, com quem tinha uma relação próxima, adoeceu de câncer. Beach e Hopper costumavam conversar sobre a doença e suas muitas incertezas e questões não respondidas pelos médicos adotando um caráter que Hopper chamou de “esperançoso” e “otimista” quanto a sua condição de saúde.

Kübler-Ross (2002), psiquiatra suíça que se dedicou ao estudo dos pacientes terminais, tratou de estágios psicológicos pelos quais os pacientes passam quando em uma doença terminal. A autora afirma que a esperança é um elemento que, normalmente, persiste a todos os estágios. Talvez ela também esteja sendo vista nessas interações de consultas de acompanhamento e revisão. A questão que fica nesse ponto é que a construção moral de boa paciente não está angariando ratificação dos médicos no contexto estudado.

7.3 Pensando na teoria e nas contribuições

Estariamos diante do *nascimento da clínica* na prática? (FOUCAULT, 1980, 1994) A medicina do evidenciável e enunciável constituindo-se como tal por meio da construção da assertividade porque frente à incerteza? Ou seja, estamos frente a uma construção do que o médico considera objetivo, ainda que passível de incertezas, que ele precisa “entregar” à paciente, com assertividade e dentro de uma realidade. Essa assertividade é construída na linguagem e pela linguagem e chega à paciente de câncer de mama sob a forma de práticas com o potencial para tranquilizá-la. Por meio dessa assertividade ele pode estar correspondendo também à necessidade de nutrir a esperança dessa paciente.

* * *

Retomam-se aqui os estudos de Maynard (1997, 2003, 2006) a respeito da entrega de boas e más notícias em contextos gerais e em consultas médicas. Para as más notícias, a perspectiva positiva, a projeção otimista e a tentativa de anúncio de uma resolução são saídas interacionais segundo investigou o autor; já nas boas notícias no contexto da saúde, o resíduo de sintoma é produzido pelos pacientes na interação na tentativa de um esclarecimento sobre os sintomas que ficaram sem uma explicação. Ainda, como saída para a incerteza relacionada à entrega de diagnósticos, Good, Good, Schaffer e Lind (1990) haviam observado o “trabalho de esperança” da parte dos médicos, que embarcam no caminho de vislumbrar o futuro (e as respostas vindouras) de uma forma otimista. O mesmo fora observado por Beach (2002), cunhado com o termo “gerenciamento do otimismo”.

O paralelo com tais estudos é no sentido de que as práticas interacionais investigadas e descritas na presente tese possam ser consideradas como um aparato que médicos e pacientes se valem para lidar *interacionalmente* com a impossibilidade da certeza, ou as incertezas, nesse contexto *pós*-diagnóstico. Esse aparato seria a constelação formada por: foco nas evidências positivas; argumentação em torno de pontos positivos; avaliações negativas de

estado emocional; solicitação de avaliações sobre saúde física; repetição de solicitação de avaliações; avaliações positivas; repetições de avaliações positivas (em escalonamento); recomendações com maior ou menor grau de imposição; *accounts* e justificativas.

Esta tese, em resumo, sugere que as práticas de potencial tranquilização – realizadas por profissionais de saúde para pacientes de câncer de mama – agem para diminuir, pela assertividade, as incertezas inerentes a esse contexto, ainda que provavelmente sem nunca extingui-las. Parto do pressuposto, conforme apresentado na introdução, de que a incerteza é, ao lado da comunicação de notícias difíceis, o maior obstáculo na relação, e na interação, médico-paciente. Isso posto, passo às contribuições desta tese.

Para a psico-oncologia – ao tratar de *práticas de potencial tranquilização* para pacientes e seus familiares, que acontecem por meio das práticas de linguagem utilizadas pelos médicos da instituição pesquisada: a possibilidade de a Análise da Conversa poder observar práticas de potencial tranquilização mostrada aqui sugere que a abordagem pode constituir-se como uma adição relevante e uma união de forças para o trabalho da psico-oncologia.

Importante salientar que as práticas dos médicos com potencial de tranquilização utilizam aspectos da saúde física, com os quais os profissionais podem lidar, para responder a demandas emocionais, especificamente as *avaliações emocionais negativas* que as pacientes produzem. Esse fato seria algo a ser discutido na psico-oncologia e nos grupos interdisciplinares de oncologia dos hospitais como uma maneira de abordar demandas emocionais sem sair da especialidade do médico. Sabemos que muitas pacientes não dão continuidade aos tratamentos psicológicos depois que passam pela quimioterapia e radioterapia, mas suas demandas emocionais permanecem.

Para a Análise da Fala-em-Interação em contextos institucionais – ao desvelar como *ações com potencial de tranquilização de pacientes* acontecem no contexto institucional das

interações oncologista-paciente no Brasil. A organização observada nessas interações indica sequências como: avaliação emocional (negativa) pela paciente *versus* avaliação (física) positiva pelo médico; solicitações de informações prognósticas realizadas pelas pacientes sendo respondidas com evidências positivas e recomendações do médico baseadas em argumentos e justificativas; *accounts* realizados pela paciente sobre sua normalidade sendo ratificados pelo médico por meio de avaliações, formulações e recibos de escuta ativa. Essa organização observada especifica ações realizadas em uma espécie de *gerenciamento da certeza* no contexto da oncologia, indo ao encontro do potencial de tranquilização das pacientes.

Além disso, esse *gerenciamento da certeza* em que médicos e pacientes engajam-se proposto com a presente tese diz respeito ao que acontece em consultas de *acompanhamento e revisão*, nesse ponto diferentemente do gerenciamento do otimismo proposto por Beach e Hopper (2000) – referente a um caso *terminal* –, e diferentemente das saídas interacionais (projeção otimista e tentativa de anúncio de resolução) observadas na estrutura de *entrega de más notícias* proposta por Maynard (1997, 2003).

Para os estudos sobre relação médico-paciente – Meneghel e Ostermann (2012) lembram que, ainda que disciplinas do campo de ciências humanas e sociais já façam parte da formação médica, essas áreas ainda são relegadas a secundárias, e o trabalho com as questões interacionais é praticamente inexistente nos cursos de formação em medicina no Brasil. Dessa forma, ainda, os estudos encontrados pertencem à área da *relação* médico-paciente, ou em alguns casos *comunicação* médico-paciente, mas não *interação* médico-paciente. A diferença das nomenclaturas reside nos eixos sobre os quais elas estão calcadas: a relação médico-paciente ocupa-se das subjetividades dos envolvidos (profissional de saúde e paciente) ao investigar o que cada parte tem a dizer sobre seus encontros; a *comunicação* médico-paciente é muitas vezes utilizada para discutir questões que são interacionais, mas de forma parcial,

com foco no profissional de saúde (dramatizações, grupos de trabalho que procuram estratégias para problemas que os profissionais *relatam*), ou até mesmo intercambiavelmente à *relação* médico-paciente; e *interação* médico-paciente, como se propõe aqui, e já se propunha em Ostermann e Meneghel (2012), enfrentando o desafio de propor uma sensibilização dos médicos para questões interacionais ao se investigar em atendimentos *reais* as ações que são construídas por ambos os interagentes, o que permite pensar estratégias de como agir, que podem ser transpostas a outros contextos de saúde. Aqui, especificamente, como humanizar a relação oncologista-paciente de câncer de mama por meio de um aparato comunicacional – as práticas de linguagem no *gerenciamento da certeza*.

7.4 Contribuição prática: a Análise da Conversa Aplicada

Ao longo do desenvolvimento desta tese, coloquei-me em um compromisso de focar em práticas positivas nesses consultórios de forma que as práticas investigadas pudessem constituir exemplos de situações bem-sucedidas que venham a acrescentar na formação quando dadas a conhecer aos profissionais ou estudantes da área da saúde.

Passo então agora a uma aproximação das práticas bem-sucedidas de uma das duas primeiras consultas gravadas – a do oncologista Sílvio com a paciente Anelise – com uma das consultas de acompanhamento e revisão – a do oncologista Alberto com a paciente Salete. A meu ver, se utilizadas conjuntamente, constituiriam o que se poderia nomear como a *consulta perfeita* nesse contexto.

Na interação entre Sílvio e Anelise, há um cuidado do oncologista quando lida com a expressão de tristeza da paciente (e lamentavelmente chegamos a isso hãh .hh). Sílvio constrói a sua posição com relação à narrativa que acabara de ouvir da paciente – que

culmina na sua avaliação negativa do próprio estado emocional – fazendo uma avaliação positiva de seu problema (não mas sabe que pra te falar bem a verdade foi uma tremenda sorte viu uma lesão relativamente pequena relativa não-é pequena). Em seguida, o oncologista passa a listar as evidências que justificam tal avaliação positiva (*lesão pequena, sem comprometimento de axilas, HER2 negativo, receptor hormonal positivo para progesterona*).

Pensando nos construtos da Análise da Conversa Aplicada, posso dizer que essa é uma prática positiva, que perpassa os dados: mostrar as evidências positivas à paciente, construí-las com ela, age diretamente a favor de uma desconstrução racional de incertezas, medos e sentimentos ruins envolvidos. Penso que essa é uma estratégia que pode ser largamente utilizada por médicos também nas consultas de acompanhamento e revisão.

Contudo, obviamente, como vemos nas consultas de acompanhamento e revisão, a construção de evidências positivas nem sempre é possível: há momentos em que o médico precisa investigar para poder afirmar algo depois, em consulta posterior. Porém, a prática do oncologista Alberto na consulta de Salete, poucos turnos depois de a paciente expressar seu medo das consultas de revisão, é uma retomada sobre a última consulta e a tomografia que fizera, [que tava] tudo bem. Nessa mesma consulta, mesmo diante da impossibilidade de Alberto verbalizar evidências, ele também produziu, quando solicitado pela paciente, avaliações positivas pontuais como o tudo bem, ainda que não definitivas.

O desvelo de ambas as práticas – a construção/retomada de evidências positivas sempre que possível e as avaliações positivas pontuais mesmo não definitivas (oferecidas, ou em resposta a solicitações) constitui contribuições fundamentais que podem servir para os profissionais ou estudantes envolvidos em contextos semelhantes ao pesquisado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTAKI, C. **Applied conversation analysis**. Basingstoke: Palgrave-Macmillan, 2011.
- ANTAKI, C. et al. Managing moral accountability in scholarly talk: the case of a Conversation Analysis data session. **Text and Talk**, v. 28, p. 1-30, 2008.
- BARRY, C. A. et al. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. **Social Science & Medicine**, v. 53, p. 487-505, 2001.
- BASTOS, L. C. Narrativa e vida cotidiana. **Scripta**, Belo Horizonte, v. 7, n. 14, p. 118-127, 2004.
- BAILE, et al. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. **Journal of Clinical Oncology**, v. 20, p. 2189-2196, 2002.
- BEACH, W. A. Stability and ambiguity: managing uncertain moments when updating news about mom's cancer. **Text**, v. 21, p. 221-250, 2001.
- BEACH, W. A. Managing optimism. In: GLENN, P.; LEBARON, C.; MANDELBAUM, J. (Eds.). **Studies in language and social interaction**: in Honor of Robert Hopper. Lawrence Erlbaum Associates, 2002. p. 175-194.
- BEACH, W. A. et al. Disclosing and responding to cancer *fears* during oncology interviews. **Social Science & Medicine**, Elsevier, n. 60, p. 893-910, 2005.
- BEACH, W. A.; ANDERSON, J. Communication and cancer? Part I: The noticeable absence of interactional research. **Journal of Psychosocial Oncology**, Haworth Press, v. 21, n. 3, 2003.
- BEACH, W. A.; HOPPER, R. **Managing optimism in talk about cancer**. Unpublished manuscript, 2000.
- BECKMAN, H.; FRANKEL, R. M. Training practitioners to communicate effectively in cancer care: it is the relationship that counts. **Patient education and counseling**, v. 50, n. 1, p. 85-89, 2003.
- BERGMANN, J. R. Introduction: morality in discourse. **Research on Language and Social Interaction**, v. 31 (3 / 4), p. 279-294, 1998.
- BIANCHINI, D.; CASTRO, E. K. **A comunicação profissional da saúde-paciente durante o tratamento quimioterápico: a percepção de pacientes com câncer**, 2014. Comunicação pessoal.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**, 2004.

- BUTTNY, R. **Social Accountability in Communication**. London: SAGE, 1993.
- BUTTNY, R.; MORRIS, G. Accounting. In: ROBINSON, W.; GILES, H. (eds). **The new handbook of language and social psychology**. New York: John Wiley and Sons, 2001. p. 285-302.
- CALEFFI, M. Tratamento hormonal do câncer de mama. In: SCHWARTSMANN, G. (Org.). **Oncologia clínica: princípios e prática**. Porto Alegre, 1991. p. 302-308.
- CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 3, jul./set. 1999.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, 2004.
- CANDLIN, C. N.; CANDLIN, S. Discourse, Expertise, and the Management of Risk in Health Care Settings. **Research on Language and Social Interaction**, v. 35 (2), p. 115-137, 2002.
- CANDLIN, C. N.; CANDLIN, S. Health care communication: a problematic site for applied linguistics research. **Annual Review of Applied Linguistics**, n. 23, p. 134-154, 2003.
- CARTILHA dá dicas de como médicos devem dar notícias ruins a pacientes. **Jornal Zero Hora**, Caderno Vida, Porto Alegre, 19 mar. 2011. Disponível em: <<http://www.clicrbs.com.br/especial/rs/bem-estar/19,0,3244558,Cartilha-da-dicas-de-como-medicos-devem-dar-noticias-ruins-a-pacientes.html>>. Acesso em: 21 mar. 2011.
- CARVALHO, C. V. et al. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p. 593-604, 2003.
- CARVALHO, M. M. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 nov. 2012.
- CARVALHO, T. **O trabalho interacional de provimento de justificativas no Disque Saúde (AIDS)**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada. Mestrado em Linguística Aplicada. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, 2012.
- COLLINS, S. et al. Unilateral and bilateral practitioner approaches in decision-making about treatment. **Social Science & Medicine**, Elsevier, 2005.
- COSTELLO, B.; ROBERTS, F. Medical recommendations as joint social practice. **Health Communication**, v. 13, n. 3, p. 241-260, 2001.
- COULON, Alain. **Etnometodologia**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- COYNE, J.; TENNEN, H.; RANCHOR, A. Positive Psychology in Cancer Care: A Story Line Resistant to Evidence. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 39, p. 35-42, 2010.

DE FINA, Anna. Narratives in interview. The case of accounts: for an interactional approach to narrative genres. **Narrative Inquiry**, v. 19, n. 2, p. 233-258, 2009.

DEL CORONA, M. de O.; OSTERMANN, A. C. “Eu não aguento mais!”: a produção de accounts narrativos nas ligações para o serviço de emergência da Brigada Militar (190). **Calidoscópio**, v. 11, n. 2, p. 178-191, 2013.

DESLANDES, S. Humanização: Revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 33-48.

DE SOUZA, J.; OSTERMANN, A. C. Glossário conciso de termos de estudos de fala-em-interação. In: OSTERMANN; A. C.; MENEGHEL, S. N. **Humanização. Gênero. Poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Rio de Janeiro/São Paulo: Fiocruz e Mercado de Letras, 2012. p. 163-165.

DREW, P. Complaints about transgressions and misconduct. **Research on Language and Social Interaction**, v. 31, n. 3-4, p. 295-325, 1998.

DURANTI, A. Conversational exchanges. In: _____. **Linguistic anthropology**. Cambridge: Cambridge University Press, 1997. p. 245-279.

EIDE, H. Listening for feelings: identifying and coding empathic and potential empathic opportunities in medical dialogues. **Patient Education and Counseling**, n. 54, p. 291-297, 2004.

EGGLY, S. Information seeking during *bad news* oncology interactions: question asking by patients and their companions. **Social Science & Medicine**, Elsevier, n. 63, p. 2974-2985, 2006.

EGGLY, S. et al. Discussing bad news in the outpatient oncology clinic: rethinking current communication guidelines. **Journal of Clinical Oncology**, v. 24, p. 716-719, 2006.

EHRlich, S.; SIDNELL, J. “I think that’s not an assumption you ought to make”: Challenging presuppositions in inquiry testimony. **Language in Society**, v. 35, 2006.

ELWYN, G. Arriving at the post-modern medical consultation. **Primary Care**, v. 5, n. 12-13, p. 287-291, 2005.

FALLOWFIELD, L.; JENKINS, V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. **Lancet**, v. 363, p. 312-19, 2004.

FERREIRA, E. C.; RIBEIRO, M. M. F.; LEAL, S. S. Praticando a relação médico-paciente III: efeito terapêutico da consulta. **Clínica Médica**, v. 2, p. 51-64, 2002.

FIRTH, A. Accounts in negotiation discourse: a single-case analysis. **Journal of Pragmatics**, v. 23, p. 199-226, 1995.

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

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, [1980] 1994.

FRANCO, A. L. e S.; ALVES, V. S. A dimensão psicossocial e a autonomia do paciente: desafios para a relação médico-paciente no programa saúde da família. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 36, n. 1, p. 99-106, jan./abr. 2005.

FRANKEL, R. Clinical care and conversational contingencies: the role of patients' self-diagnosis in medical encounters. **Text**, v. 21 (1/2), p. 83-111, 2001.

FRANKENBERG, R. Your Time or Mine: temporal Contradictions of Biomedical Practice. In: FRANKENBERG, Ronald. **Time, Health & Medicine**. Londres: Sage Publications, 1992.

GARFINKEL, H. **Studies in ethnomethodology**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1967.

GARFINKEL, H.; SACKS, H. On formal structures of practical actions. In: MCKINNEY, J. C.; TIRYAKIAN, E. A. (eds.) **Theoretical sociology: perspectives and developments**. New York: Appleton-Century-Crofts, 1970. p. 337-366.

GAZITÚA, R. **La entrevista médica y la relación con el paciente**. Universidade Católica do Chile, set. 2007. Disponível em: <<http://escuela.med.puc.cl/Publ/ManualSemiologia/020EntrevMed.htm>>. Acesso em: 22. jul. 2011.

GILL, V. T. Doing attributions in medical interaction: patient's explanations for illness and doctors responses. **Social Psychology Quarterly**, v. 61, p. 342-360, 1998.

GILL, V. T.; MAYNARD, D. W. On "Labeling" in Actual Interaction: Delivering and Receiving Diagnoses of Developmental Disabilities. **Social Problems**, v. 42, p. 11-37, 1995.

GILL, V. T.; MAYNARD, D. W. Explaining illness: patients' proposals and physicians' responses. In: HERITAGE, J.; MAYNARD, D. W. (Eds.) **Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients**. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. p. 115-50.

GIRGIS, A.; SANSON-FISHER, R. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. **Journal of Clinical Oncology**, v. 13, p. 2449-2456, 1995.

GOFFMAN, E. On face-work: an analysis of ritual elements in social interaction. **Psychiatry: Journal for the study of interpersonal processes**, v. 18, p. 213-231, 1955.

GOOD, M.; GOOD, B.; SCHAFFER, C.; LIND, E. American oncology and the discourse of hope. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 14, p. 59-79, 1990.

GOODWIN, C. Gesture as a resource for the organization of mutual orientation. **Semiotica**, v. 62 (1/2), p. 29-49, 1986.

GREEN, A.; CARRILLO, E.; BETANCOURT. Why the disease-based model of medicine fails our patients. **West J Med.**, v. 176, n. 2, p. 141-143, March 2002.

GREGG, J. An unanticipated source of hope: stigma and cervical cancer in Brazil. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 25, n. 1, p. 70-84, 2011.

HAK, T.; DE BOER, F. Formulations in first encounters. **Journal of Pragmatics**, v. 25, n. 1, p. 83-99, 1996.

HAAKANA, Markku. Laughter as a patients resource: Dealing with delicate aspects of medical interactions. **Text**, v. 21, p. 187-219, 2001.

HAAKANA, M. Laughter in medical interaction: from quantification to analysis, and back. **Journal of Sociolinguistics**, v. 6, n. 2, p. 207-235, 2002.

HALPERN, J. Patient-physician conflicts as therapeutic opportunities. **Journal of General Internal Medicine**, v. 17, p. 696-700, May 2007.

HAVE, P. Ten. **Doing conversation analysis**. London: Sage Publications, 1999. 240 p.

HEATH, C. Diagnosis and assessment in the medical consultation. In: DREW, P.; HERITAGE, J. (Eds.). **Talk at work: Interaction in institutional settings**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 235-267.

HEINEMANN, T.; TRAVERSO, V. Complaining in interaction: Introduction. **Journal of Pragmatics**, v. 41, n. 12, p. 2381-2384, 2009.

HELFT, P. Necessary Collusion: Prognostic Communication With Advanced Cancer Patients. **Journal of Clinical Oncology**, v. 23, n. 13, p. 3146-3150, (May 1) 2005.

HERITAGE, J. A Change of State Token and Aspects of Its Sequential Placement. In: ATKINSON, J.; HERITAGE, J. **Structures of social action: studies in conversation analysis**. New York: Cambridge University Press, 1984. p. 299-345.

HERITAGE, J. Explanations as accounts: a conversation analytic perspective. In: ANTAKI, C. (Ed.). **Analyzing lay explanation: a case book of methods**. London: Sage, 1988. p. 127-144.

HERITAGE, J. Interactional accountability: a conversation analytic perspective. **Perseé**, v. 8, n.1, p. 23-49, 1990.

HERITAGE, J. The epistemic engine: sequence organization and territories of knowledge. **Research on Language and Social Interaction**, v. 45, n. 1, p. 30-52, 2012.

HERITAGE, J.; MAYNARD, D. W. **Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients**. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. 488 p

HERITAGE, J.; RAYMOND, G. Navigating Epistemic Landscapes: Acquiescence, Agency and Resistance in Responses to Polar Questions. In: DE RUITER, J. P. (ed.) **Questions: Formal, functional and interactional perspectives**. Cambridge: Cambridge University Press, 2012. p. 179-192.

HERITAGE, J.; ROBINSON, J. Some versus any medical issues: encouraging patients to reveal their unmet concerns. In: ANTAKI, C. **Applied conversation analysis**. Basingstoke: Palgrave-Macmillan, 2011.

HERITAGE, J.; STIVERS, T. Online commentary in acute medical visits: A method of shaping patient expectations. **Social Science & Medicine**, v. 49, p. 1501-1517, 1999.

HERITAGE, J.; WATSON, D. R. Formulations as conversational objects. In: PSATHAS, G. (ed.) **Everyday language: studies in ethnomethodology**. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 1979. p. 123-162.

HERITAGE, J.; WATSON, D. R. Aspects of the properties of formulations in natural conversations: some instances analysed. **Semiotica**, v. 30, p. 245-262, 1980.

HOLT, E. Using Laugh Responses to Defuse Complaints. **Research on Language and Social Interaction**, v. 45, n. 4, p. 430-448, 2012.

HUNT, L. M. Moral reasoning and the meaning of cancer: causal explanations of oncologists and patients in Southern Mexico. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 12, n. 3, p. 298-318, 1998.

HUTCHBY, I.; WOOFFITT, R. **Conversation analysis: principles, practices and applications**. Cambridge: Polity Press, 1998. 273p.

HYDÉN, L. Applying for money: the encounter between social workers and clients – a question of morality. **Br. J. Social Wk.**, v. 26, p. 843-860, 1996.

INSTITUTO Nacional do Câncer. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde**. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

JEFFERSON, G. A technique for inviting laughter and its subsequent acceptance/declination. In: G. Psathas (Ed.). **Everyday language: Studies in ethnomethodology**. New York, NY: Irvington Publishers, 1979. p. 79-96.

JEFFERSON, G. On the organization of laughter in talk about troubles. In: ATKINSON, J. M.; HERITAGE, J. C. (Eds.) **Structures of social action: Studies in conversation analysis**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1984. p. 346-369.

JEFFERSON, G. Transcript notation. In: ATKINSON, J.; HERITAGE, J. **Structures of social action: studies in conversation analysis**. New York: Cambridge University Press, 1984. p. ix-xvi.

JEFFERSON, G. On the sequential organization of troubles talk in ordinary conversation. **Social Problems**, v. 35, n. 4, p. 418-442, 1988.

JEFFERSON, G.; SACKS, H.; SCHEGLOFF, E. Notes on laughter in the pursuit of intimacy. In: BUTTON, G.; LEE, J. R. E. (Eds) **Talk and social organisation**. Intercommunication series, v. 1. Clevedon, England: Multilingual Matters, 1987. p. 152-205.

KAUFERT, P. Screening the body: the pap smear and mammogram. In: LOCK, M.; YOUNG, A.; CAMBROSIO, A. **Living and Working With New Medical Technologies**. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

KLEINMAN, A. Pain and resistance: the delegitimation and relegitimation of local worlds. In: GOOD, M. J. D. V. et al. (eds) **Pain as Human Experience: an Anthropological Perspective**. Berkeley: University of California Press, 1992.

KOVARSKY, D.; SNELLING, L. K., MEYER, E. Emotion and objectivity in medical diagnosis. In: DUCHAN, J. F.; KOVARSKY, D. (Eds.). **Diagnosis as cultural practice**. Berlin: Mouton de Gruyter, 2005. p. 179-200.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Martins Fontes, 2002.

LABOV, W. Some further steps in narrative analysis. Tradução de Waldemar Ferreira Netto. **The Journal of Narrative and Life History**, v. 7 (1/4), 1997.

LABOV, W.; WALETZKY, J. Narrative Analysis: Oral Version of Personal Experience. In: HELM, J. (ed.) **Essays on the Verbal and Visual arts**. Proceedings of the 1966 annual spring meeting of the American Ethnological Society. Seattle: University of Washington Press, 1967. p. 12-44.

LAMERICHS, J.; TE MOLDER, H. Reflecting on your own talk: the discursive action method at work. In: ANTAKI, C. **Applied conversation analysis**. Basingstoke: Palgrave-Macmillan, 2011.

LANGELLIER, K. M. "You're marked": Breast cancer, tattoo, and the narrative performance of identity. In: BROCKMEIER, J.; CARBAUGH, D. (eds.) **Narrative and identity: Studies in autobiography, self and culture**. Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins, 2001. p. 145-184.

LEPPÄNEN, V. **Structures of district nurse-patient interaction**. Lund, Sweden: Department of Sociology, Lund University, 1998.

LEVINSON, S. C. Action formation and ascription. In: STIVERS, T.; SIDNELL, J. (Eds.) **The Handbook of Conversation Analysis**. Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2013. p. 103-130.

LINDSTRÖM, A., SORJONEN, M. Affiliation in conversation. In: SIDNELL, J.; STIVERS, T. (Eds.) **The Handbook of Conversation Analysis**. Wiley-Blackwell, 2013. p. 350-369.

LINELL, P.; BREDMAR, M. Reconstructing topical sensitivity: aspects of face-work in talks between midwives and expectant mothers. **Research on Language and Social Interaction**, v. 29, n. 4, p. 347-379, 1996.

LUTFEY, K.; MAYNARD, D. W. Bad news in oncology: how physician and patient talk about death and dying without using those words. **Social Psychology Quarterly**, v. 61, n. 4, p. 321, dez. 1998.

MASEIDE, P. Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice. **Sociology of Health and Illness**, v. 13, n. 4, 1991.

MAYNARD, D. W. Perspective-display sequences in conversation. **Western Journal of Speech Communication**, v. 53, p. 91-113, 1989.

MAYNARD, D. W. Interaction and asymmetry in clinical discourse. **The American Journal of Sociology**, v. 97, n. 2, p. 448-495, set. 1991.

MAYNARD, D. W. On clinicians co-implicating recipients' perspective in the delivery of diagnostic news. In: DREW, P.; HERITAGE, J. **Talk at work: Interaction in institutional settings**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 331-358.

MAYNARD, D. W. The News Delivery Sequence: Bad News and Good News in Conversational Interaction. **Research on Language and Social Interaction**, v. 30, p. 93-130, 1997.

MAYNARD, D. W. Praising versus blaming the messenger: moral issues in deliveries of good and bad news. **Research on Language and Social Interaction**, v. 31 (3 / 4), p. 359-395, 1998.

MAYNARD, D. W. **Bad News, Good News: Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings**. Chicago: University of Chicago Press, 2003.

MAYNARD, D. W.; FRANKEL, R. Indeterminacy and uncertainty in the delivery of diagnostic news in internal medicine: a single case analysis. In: GLENN, P.; LEBARON, C.; MANDELBAUM, J. (Eds.) **Studies in language and social interaction: in Honor of Robert Hopper**. Lawrence Erlbaum Associates, 2003. p. 393-410.

MAYNARD, D. W.; FRANKEL, R. On diagnostic rationality: bad news, good news, and the symptom residue. In: HERITAGE, J.; MAYNARD, D. W. **Communication in Medical Care: interaction between primary care physicians and patients**. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. p. 248-278.

MAYNARD, R. Controlling death, compromising life: chronic disease, prognostication, and the new biotechnologies. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 20, n. 2, p. 212-234, 2006.

MENEGHEL, S.; OSTERMANN, A. C. E então, quais as contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde? In: OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. **Humanização. Gênero. Poder: Contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Campinas: Mercado de Letras / Fiocruz, 2012. p. 153-161.

MICELI, A. V. P. **Laços e nós: A comunicação na relação médico- paciente com câncer e dor crônica**. Brasil. 2009. 127p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MISHLER, E. G. **Social contexts of health, illness and patient care**. New York: Cambridge University Press, 1981.

MISHLER, E. G. **The discourse of medicine**. Dialectics of medical interviews. Norwood, NJ: Ablex, 1984.

OLIVEIRA, M. C. L. Por uma Linguística Aplicada mais inclusiva. **Calidoscópico**, São Leopoldo, v. 7, n. 2, p. 93-96, mai./ago. 2009.

OSTERMANN, A. C. Projeto de Pesquisa “Gênero, violência e sexualidade: uma investigação sociolinguística interacional dos atendimentos à saúde da mulher”, 2005. Projeto CNPq, Unisinos.

OSTERMANN, A. C.; DE SOUZA, J. Contribuições da Análise da Conversa para os estudos sobre o cuidado em saúde: reflexões a partir das atribuições feitas por pacientes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1521-1533, 2009.

OSTERMANN, A. C.; DE SOUZA, J. As demandas interacionais das ligações para o disque saúde e sua relação com o trabalho prescrito. **Alfa: Revista de Linguística** (UNESP. São José do Rio Preto. Online), v. 55, p. 135-162, 2011.

OSTERMANN, A. C.; DE SOUZA, J. As explicações feitas pelas pacientes para as causas de seus problemas de saúde: como os médicos lidam com isso. In: OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. **Humanização. Gênero. Poder: Contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Campinas: Mercado de Letras / Fiocruz, 2012.

OSTERMANN, A. C.; EGEWARTH, C. **A análise da pressuposição na sequencialidade da fala**. Comunicação pessoal. 2013.

OSTERMANN, A. C.; KITZINGER, C. Análise da Conversa Feminista e Análise da Conversa Aplicada. **Calidoscópico**, v. 10, n. 2, p. 239-244, mai./ago. 2012.

OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. **Humanização. Gênero. Poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Rio de Janeiro/São Paulo: Fiocruz e Mercado de Letras, 2012.

PERÄKYLÄ, A. Authority and accountability. The delivery of diagnosis in primary health care. **Social Psychology Quarterly**, v. 61, n. 4, p. 301-320, 1998.

PERÄKYLÄ, A. Agency and authority: extended responses to diagnostic statements in primary care encounters. **Research on Language and Social Interaction**, v. 35, n. 2, p. 219-247, 2002.

PERÄKYLÄ, A. A psychoanalyst's reflection on conversation analysis's contribution to his own therapeutic talk. In: ANTAKI, C. **Applied conversation analysis**. Basingstoke: Palgrave-Macmillan, 2011.

PERÄKYLÄ, A.; BOR, R. Interactional problems of addressing 'dreaded issues' in HIV counselling. **AIDS Care**, v. 2, n. 4, p. 325-338, 1990.

PERÄKYLÄ, A.; VEHVILÄINEN, S. Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge. **Discourse and society**, v. 14, n. 6, p. 727-750, 2003.

POMERANTZ, A. Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes. In: ATKINSON, J. M.; HERITAGE, J. **Structures of**

social action: studies in conversation analysis (Studies in emotion and social interaction). Paris: Cambridge University Press, 1984. p. 57-101.

POMERANTZ, A. Offering a Candidate Answer: An Information Seeking Strategy. **Communication Monographs**, v. 55, p. 360-373, 1988.

POMERANTZ, A. **Responding to a query with reference to the inferred purpose-for-asking**. Comunicação pessoal. 2014.

PONTE, M.; HOLMES, S. “En-case-ing” the patient: disciplining uncertainty in medical student patient presentations. **Cult Med Psychiatry**, v. 35, p. 163-182, 2011.

PSATHAS, G. **Conversation analysis: the study of talk-in-interaction**. Thousand Oaks: Sage Publications. Qualitative Research Methods Series, v. 35, 1995. 85p.

RAYMOND, G. Grammar and Social Organization: Yes/No Interrogatives and the Structure of Responding. **American Sociological Review**, v. 68, n. 6, p. 939-967, Dec. 2003.

RICHARDS, K. Introduction. In: RICHARDS, K.; SEEDHOUSE, P. **Applying Conversation Analysis**. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005.

RIESSMANN, C. K. Women and Medicalization. In: WEITZ, R. **The Politics of Women’s Bodies** (ed). New York, Oxford: Oxford University Press, 2003.

ROBERTS, F. **Talking about treatment**. New York: Oxford, 1999.

ROBERTS, F. The Interactional Construction of Asymmetry: The Medical Agenda as a Resource for Delaying Response to Patient Questions. **The Sociological Quarterly**, v. 41, n. 1, p. 151-170, 2000.

ROBINSON, J. D. Soliciting patients’ presenting concerns. In: HERITAGE, J.; MAYNARD, D. W. **Communication in Medical Care: interaction between primary care physicians and patients**. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. p. 22-47.

ROBINSON, J. D. et al. Consultations between patients with breast cancer and surgeons: a pathway from patient-centered communication to reduced hopelessness. **Journal of Clinical Oncology**, v. 31, p. 351-358, 2013.

ROGERS, M.; TODD, C. Can cancer patients influence the pain agenda in oncology outpatient consultations? **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 39, n. 2, p. 268-282, February 2010.

ROTER et al, D. L. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits: mechanisms and outcomes. **J Gen Intern Med**, v. 21, n. 5, p. 28-34, 2006.

RUUSUVUORI, J. **Control in the medical consultation**. Tampere: University of Tampere, 2000. Tese de doutorado.

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

RUUSUVUORI, J. Empathy and sympathy in action. **Social Psychology Quarterly**, v. 68, n. 3, p. 204-222, 2005.

RUUSUVUORI, J. Managing affect. Integration of empathy and problem solving in two types of medical consultation. **Discourse Studies**, v. 9, n. 5, p. 597-620, 2007.

SACKS, H. **Lectures on conversation**. Oxford: Blackwell, 1992. v. 1 e v. 2.

SACKS, H. Sobre as preferências por concordância e contiguidade em sequências na conversa. Tradução de Lívia Miranda de Oliveira, Maria das Graças de Castro Nogueira e Paulo Gago. **Interseções**, v. 13, n. 1, p. 94-113, jun. 2011 [1987].

SACKS, H.; SCHEGLOFF, E.; JEFFERSON, G. The simplest systematics for turn-taking in conversation. **Language**, v. 50, n. 4, p. 696-735, 1974.

SANDÉN, et al. Routinization and sensitivity. **Health**, v. 5, n. 2, p. 139-163, 2001.

SCHAEPE, K.; MAYNARD, D. W. After the diagnosis: News disclosures in long-term cancer care. **Handbook of Language Communication**, 2013.

SCHEGLOFF, E. Sequencing in Conversational Openings. **American Anthropologist**, v. 70, n. 6, p. 1075-1095, 1968.

SCHEGLOFF, E. The Routine as Achievement. **Human Studies**, v. 9, p. 111-151, 1986.

SCHEGLOFF, E. **Sequence Organization in Interaction: A Primer in Conversation Analysis I**. New York: Cambridge University Press, 2007.

SCHEPER-HUGHES, N.; LOCK, M. M. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 1, n. 1, p. 6-41, March 1987.

SCOTT, M. B.; LYMAN, S. Accounts. **American Sociological Review**, v. 33, n. 1, p. 46-62, Feb. 1968. Disponível em: <<http://jthomasniu.org/class/Stuff/PDF/accounts.pdf>>.

SELL, M.; OSTERMANN, A. C. Tensionando identidades de gênero e de sexualidade na fala-em-interação: o colapso discursivo da masculinidade homogênea. In: OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. **Humanização. Gênero. Poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Rio de Janeiro/São Paulo: Fiocruz e Mercado de Letras, 2012. p. 133-149.

SIDNELL, J.; STIVERS, T. Introduction: Multimodal Interaction. **Semiotica**, v. 156, Special Issue, p. 1-20, 2005.

SILVA, C. M. G. C. H. et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1457-1465, 2011.

SILVA, C. R. **Análise de consultas entre pacientes com diabetes e seu médico: as contribuições da fala-em-interação**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada. Mestrado em Linguística Aplicada. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos, 2010.

SILVA, V. C. E.; ZAGO, M. M. F. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 476-480, 2005.

SILVERMAN, D. **Discourses of counselling: HIV counselling as social interaction**. London: Sage, 1997.

SILVERMAN, D. **Harvey sacks: social science and conversation analysis**. New York: OUP, 1998.

SILVERMAN, D.; PERÄKYLÄ, A. AIDS counselling: the interactional organisation of talk about “delicate” issues. **Sociology of Health & Illness**, v. 12, n. 3, p. 293-318, 1990.

SORJONEN, M. L. **Responding in conversation: a study of response particles in Finnish**. Amsterdam: John Benjamins, 2001. 330 p.

STEENSIG, J. Conversation Analysis and Affiliation and Alignment. In: MORTENSEN, K.; WAGNER, J. **The Encyclopedia of Applied Linguistics: Conversation Analysis**. Cambridge, UK: Wiley-Blackwell, 2012.

STERPONI, L. Account episodes in family discourse: The making of morality in everyday interaction. **Discourse Studies**, v. 5, n. 1, p. 79-100, 2003.

STIVERS, T. Pre-diagnostic commentary in veterinarian-client interaction. **Research on Language and Social Interaction**, v. 31, p. 241-277, 1998.

STIVERS, T. Stance, Alignment, and Affiliation During Storytelling: When Nodding Is a Token of Affiliation. **Research on Language and Social Interaction**, v. 41, n. 1, p. 31-57, 2008.

STIVERS, T.; HAYASHI, M. Transformative answers: One way to resist a question’s constraints. **Language in Society**, v. 39, n. 1, p. 1-25, 2010.

STIVERS, T.; HERITAGE, J. Breaking the sequential mold: Answering “more than the question” during comprehensive history taking. **Text**, v. 21, p. 151-185, 2001.

STIVERS, T.; MONDADA, L.; STEENSIG, J. Knowledge, morality and affiliation in social interaction. In: STIVERS, T.; MONDADA, L.; STEENSIG, J. **The Morality of Knowledge in Conversation**. Cambridge: Cambridge University Press, 2011. p. 3-24.

STIVERS, T.; ROSSANO, F. Mobilizing response. **Research on Language and Social Interaction**, v. 43, n. 2, p. 3-31, 2010.

TONELOTTO, J. M. F. **A importância da relação médico-paciente: de Hipócrates às orientações virtuais**. 2010. Disponível em: <http://www.slideshare.net/josianetnelotto/a-importancia-da-relao-mdico-versao-explicita>. Acesso em 12 ago. 2011.

UCHOA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: Elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. 497-504, 1994.

VICTORA, C. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da Antropologia. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 3-13, dez. 2011. Disponível em: www.reciis.icict.fiocruz.br.

WARDLOW, H.; CURRY, R. H. “Sympathy for my body”: breast cancer and mammography at two Atlanta clinics. **Medical Anthropology**, v. 16, p. 319-340, 1996.

WARE, N. Suffering and the social construction of illness: the delegitimation of illness experience in chronic fatigue syndrome. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 6, n. 4, p. 347-361, 1992.

WATSON, R. Some general reflections on “categorization” and “sequence” in the analysis of conversation. In: ESTER, S.; EGLIN, P. **Culture in Action**. Lanham, MD: International Institute for Ethnomethodology and University Press of America, 1997. p. 49-76.

WEIJTS, W.; HOUTKOOP, H.; MULLEN, P. Talking delicacy: speaking about sexuality during gynaecological consultations. **Sociology of Health & Illness**, v. 15, n. 3, 1993.

WEST, C. **Routine complications**: troubles with talk between doctors and patients. Bloomington: Indiana University Press, 1984. 199p.

WILKINSON, S.; KITZINGER, C. Thinking differently about thinking positive: a discursive approach to cancer patients’ talk. **Social Science & Medicine**, v. 50, p. 797-811, 2000.

WYNN, R.; WYNN, M. Empathy as an interactionally achieved phenomenon in psychotherapy: characteristics of some conversational resources. **Journal of Pragmatics**, v. 38, p. 1385-1397, 2006.

ANEXO A –
CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO – 2005

[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, C.; PISONI T.; e OSTERMANN, A. *Transcrição de fala: do evento real à representação escrita*, *Entrelinhas*, v. 2, n. 2. 2005.

ANEXO B –
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS MÉDICOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS - e meu projeto de pesquisa **A construção de tópicos delicados na fala-em-interação em consultas oncológicas** visa analisar as interações entre oncologistas e pacientes mulheres com câncer de mama ou em investigações sobre a potencial doença. Sendo as consultas realizadas pelo uso da linguagem, é crucial compreendermos como essas interações são construídas pelos participantes da conversa, ou seja, como as pacientes recebem a orientação profissional e como o(a) médico(a) presta o cuidado à saúde. O estudo será realizado por mim, Ms. Joseane de Souza, sob a orientação da Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann (email: aco@unisinobr).

As atividades que servirão de dados para a pesquisa são: a) gravação em áudio de 30 a 50 consultas oncológicas, efetuadas em diferentes horários, dias e com diferentes pacientes; b) entrevista com os(as) médicos(as) que participarem da pesquisa; e c) notas de observação sobre o ambiente pesquisado e sobre as pacientes antes da consulta.

Sendo o(a) senhor(a) doutor(a) oncologista da instituição, solicito sua autorização para gravar em áudio, **acompanhar presencialmente seu trabalho dentro do consultório**, analisar interações de consultas com a sua participação e entrevistá-lo(a) sobre as suas atividades como médico(a) e o funcionamento da sua rotina de atendimento às pacientes com câncer de mama.

No sentido de proteger a sua identidade, comprometo-me a utilizar nomes fictícios ao me referir a sua pessoa, tanto na análise dos áudios quanto das entrevistas, e utilizar essas informações somente para fins acadêmicos. Os dados coletados ficarão sob minha inteira responsabilidade. Após o término do estudo, os dados serão gravados em CD e arquivados pelo projeto de pesquisa maior da minha orientadora, e permanecerão em seu gabinete. Os dados não serão destruídos, a não ser que o(a) senhor(a) assim se manifeste, porque podem eventualmente precisar ser ouvidos outra vez quando houver publicações referentes ao estudo. Sua participação neste estudo é voluntária. O(a) senhor(a) pode recusar-se a participar das gravações, bem como a responder qualquer pergunta durante o desenrolar da entrevista. Pode inclusive retirar sua participação na pesquisa depois das gravações, e esses dados então serão desconsiderados e destruídos.

Este documento será assinado em duas vias, ficando uma em seu poder e a outra com a pesquisadora. Em caso de dúvidas, contate-me pelo email joseanedesouza@terra.com.br ou pelos telefones (51) 33772790 e 91046446. Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, contate o Comitê de Ética em Pesquisa do _____, pelo telefone _____. Agradeço sua participação nesta pesquisa.

Aceito que a pesquisadora esteja presente em meu consultório e que meu atendimento seja gravado.

Aceito que meu atendimento em consultório seja gravado.

Atenciosamente,
Ms. Joseane de Souza _____

Nome: _____
Assinatura: _____
Data: _____

ANEXO C –
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ÀS PACIENTES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS - e meu projeto de pesquisa **A construção de tópicos delicados na fala-em-interação em consultas oncológicas** visa analisar as interações entre oncologistas e pacientes mulheres em investigações sobre sua saúde mamária. Sendo as consultas realizadas pelo uso da linguagem, é crucial compreendermos como essas interações são construídas pelos participantes da conversa, ou seja, como as pacientes recebem a orientação profissional e como o(a) médico(a) presta o cuidado à saúde. O estudo será realizado por mim, Ms. Joseane de Souza, sob a orientação de minha professora, Dra. Ana Cristina Ostermann (email: aco@unisinobr).

As atividades que servirão de dados para a pesquisa são: a) gravação em áudio de 30 a 50 consultas oncológicas, efetuadas em diferentes horários, dias e com diferentes pacientes; b) entrevista com os(as) médicos(as) que participarem da pesquisa; e c) notas de observação sobre o ambiente pesquisado e sobre as pacientes antes da consulta.

Sendo a senhora paciente desse(a) médico(a), nesta instituição, solicito sua autorização para gravar em áudio, **estar presente na sua consulta**, analisar interações de consultas com a sua participação e anotar informações suas, como sua idade, sua escolaridade, seu problema de saúde e a etapa em que se encontra em seu tratamento.

No sentido de proteger a sua identidade, comprometo-me a utilizar nomes fictícios ao me referir a sua pessoa, tanto na análise dos áudios quanto das entrevistas, e utilizar essas informações somente para fins acadêmicos. Os dados coletados ficarão sob minha inteira responsabilidade. Após o término da pesquisa, os dados serão gravados em CD e arquivados pelo projeto de pesquisa maior da minha orientadora, e permanecerão em seu gabinete. Os dados não serão destruídos, a não ser que a senhora assim se manifeste, porque podem eventualmente precisar ser ouvidos outra vez quando houver publicações referentes ao estudo. Sua participação neste estudo é voluntária. A senhora pode recusar-se a participar das gravações, bem como a responder qualquer pergunta que eu faça. Pode inclusive retirar sua participação na pesquisa depois da gravação de sua consulta, e esses dados então serão desconsiderados e destruídos.

Este documento será assinado em duas vias, ficando uma em seu poder e a outra com a pesquisadora. Em caso de dúvidas, contate-me pelo email joseanedesouza@terra.com.br ou pelos telefones (51) 33772790 e 91046446. Caso a senhora tenha dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, contate o Comitê de Ética em Pesquisa do _____, pelo telefone _____. Agradeço sua participação nesta pesquisa.

Atenciosamente,

Ms. Joseane de Souza _____

Aceito que a pesquisadora esteja presente em minha consulta e esta seja gravada em áudio.

Aceito que minha consulta seja gravada em áudio.

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO D –
ENTREVISTA COM O ONCOLOGISTA

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS

Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada

Projeto: A construção de tópicos delicados na fala-em-interação em consultas oncológicas

Doutoranda: Joseane de Souza

Roteiro de entrevista semiestruturada aos(às) médicos(as)

Você é oncologista clínico? Trabalha com cirurgias também? Trabalha apenas com câncer de mama? Em algum outro lugar além do _____ ?

Quantas pacientes com câncer de mama você tem em média comparativamente a outros tipos de câncer?

Comente um pouco sobre como a instituição conduz o seu trabalho. Por exemplo, você tem prescrições institucionais específicas para a realização de suas atividades? Segue também um tempo limite de duração das consultas?

Você, como oncologista, costuma conversar sobre os seus casos com outros médicos? (com colegas oncologistas ou de outras áreas como mastologia)

Você e a paciente costumam ter uma conversa sobre “agora você está curada”? Há esse momento no contexto do câncer de mama? Como ele acontece?

Você procura lidar com as expressões de emoção ou a fala sobre algo mais sentimental, ou psicológico, que a paciente traz? Há alguma orientação da sua chefia a respeito disso? Como foi sua formação a respeito desse tema? Qual a sua posição individual a respeito dessas ocasiões com suas pacientes?

As pacientes costumam resistir aos tratamentos adjuvantes? Já aconteceu com você? Você tenta reverter?

Há a distinção retorno x acompanhamento para as consultas? É assim que você as nomeia?

O que está em jogo na eleição da cirurgia da mama antes ou depois dos tratamentos adjuvantes?

As mulheres não costumam ter muitos efeitos colaterais do bloqueio hormonal ou isso vai depender da faixa etária? Elas reclamam desses efeitos?