

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

JULIANA SILVA

ANÁLISE DO TÓPICO PARTO E DO CONCEITO DE ORIENTAÇÃO
NA INTERAÇÃO ENTRE MÉDICOS E GESTANTES
DURANTE O EXAME DE ULTRASSOM OBSTÉTRICO

SÃO LEOPOLDO

2014

JULIANA SILVA

ANÁLISE DO TÓPICO PARTO E DO CONCEITO DE ORIENTAÇÃO
NA INTERAÇÃO ENTRE MÉDICOS E GESTANTES
DURANTE O EXAME DE ULTRASSOM OBSTÉTRICO

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestra, pelo
Programa de Pós-Graduação em Linguística
Aplicada da Universidade do Vale do Rio dos
Sinos – UNISINOS
Área de concentração: Linguagem, tecnologia
e interação

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann

SÃO LEOPOLDO

2014

S586a

Silva, Juliana

Análise do tópico parto e do conceito de orientação na interação entre médicos e gestantes durante o exame de ultrassom obstétrico / por Juliana Silva. -- São Leopoldo, 2014.

129 f.: il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, São Leopoldo, RS, 2014.

Área de concentração: Linguagem, tecnologia e interação.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann, Escola da Indústria Criativa.

1.Análise da conversação. 2.Médico e paciente. 3.Grávidas.
4.Análise do discurso – Obstetras. 5. Análise do discurso –
Ultrassom em obstetrícia. I.Ostermann, Ana Cristina. II.Título.

CDU 808.56

808.56:618.2-051

81'322.5:618.2-051

Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

JULIANA SILVA

“ANÁLISE DO TÓPICO PARTO E DO CONCEITO DE ORIENTAÇÃO NA
INTERAÇÃO ENTRE MÉDICOS E GESTANTES DURANTE O EXAME DE
ULTRASSOM OBSTÉTRICO”

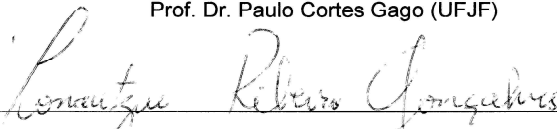
Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de
Mestre, pelo Programa de Pós-
Graduação em Linguística Aplicada da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos -
Unisinos

Aprovada em 28 de março de 2014

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Paulo Cortes Gago (UFJF)



Profá. Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves (UNISINOS)



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



Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann (UNISINOS)

*Dedico este trabalho especialmente
ao meu esposo, Isaiás.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha saúde. Agradeço a Jesus Cristo pelo privilégio de poder abrir meus olhos todas as manhãs e batalhar por dias melhores.

Ao meu pai, à minha mãe e à minha irmã que sempre estiveram ao meu lado apoiando e respeitando as minhas escolhas.

Ao meu parceiro de todas as horas, que nunca me deixou desistir. Isaías, sem a tua coragem, amor e compreensão me impulsionando nada disso seria possível.

À Unisinos, que colocou no meu caminho profissionais sensacionais que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

À minha orientadora Ana Cristina Ostermann que me “descobriu” ainda na graduação e me escolheu como bolsista, dando-me a oportunidade de pesquisar e enxergar o bem que podemos construir para os outros através do que fazemos. Ensinar e aprender adquiriram outros significados com a tua presença durante os últimos anos.

Agradeço imensamente à CAPES e ao Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, que confiaram a mim uma bolsa de estudos.

Às professoras e ao professor do PPGLA: muito obrigada pelas manhãs maravilhosas de aprendizado acadêmico e de aprendizado de vida.

Agradeço imensamente pelo apoio do grupo de pesquisa FEI, que pode ser chamado também de grupo de amigos queridos. Sem o incentivo de vocês eu não conseguiria. Em especial, agradeço à Daniela Andrade, Joseane de Souza, Carina Mossmann, Caroline Egewarth, Minéia Frezza e Carlos Pereira. Vocês são demais!

RESUMO

O ultrassom obstétrico faz parte do pré-natal de quase todas as mulheres em todo o mundo, seja ofertado pelo sistema público de saúde ou pelo privado. Realizado diversas vezes ou não durante a gestação, o contexto criado com a realização desse exame suscita a reflexão de questões de diferentes ordens, sejam macro ou micro. A partir desse contexto, objetiva-se com esta dissertação analisar a interação entre médicos ultrassonografistas e gestantes durante o exame. Pretende-se especificamente com esta pesquisa (1) analisar como o assunto parto – questão de ordem macro – é trazido às interações e (2) sistematizar o conceito de *orientação*, utilizado abertamente pelos analistas da conversa, analisando-o como um tópico, observando momentos interacionais que evidenciem problemas de orientações entre os interagentes durante os exames de ultrassonografia obstétrica. A pesquisa fundamenta-se, principalmente, por meio do aparato teórico-metodológico da Análise da Conversa (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1976). Utiliza-se também como aporte para as análises desenvolvidas estudos que reflitam a questão do parto e textos da Análise da Conversa que fomentem a tentativa de definição para o termo *orientação*. Os dados analisados são provenientes de exames de ultrassom obstétrico gerados em uma clínica da rede privada de saúde, em um total de 85 interações. Quanto ao primeiro objetivo analisado, verificou-se que as gestantes, mesmo antes da realização e resultado do exame, trazem o tipo de parto, principalmente cesáreo, como já definido. Foi possível identificar também em relação ao parto que há compreensões distintas do médico e da gestante sobre a palavra “encaixe”, produzindo impasses interacionais. Concernente ao segundo objetivo, a orientação dos participantes tornou-se evidente – em termos de ter sido observada pelo analista e demonstrada pelos interagentes –, quando foi divergente entre eles e relacionada a divergentes conhecimentos, como técnico e leigo, e a informações obtidas pela tela do ultrassom. A partir da análise das orientações divergentes, foi possível compreender que a orientação está presente na interação para auxiliar na manutenção da intersubjetividade entre os participantes.

Palavras-chave: Análise da Conversa. Ultrassom Obstétrico. Parto. Orientação.

ABSTRACT

Obstetric ultrasound examinations are a part of almost all women's prenatal care around the world, be it offered by either public or private healthcare systems. Being undertaken several times or not throughout pregnancy, the context created by the exam arouses some reflection upon issues of different orders, both at micro and macro levels. With the present investigation, we aim at analyzing interactions between sonographic practitioners and pregnant women during the exam. We specifically intend (1) to analyze how the topic *delivery* – here understood as a macro-level issue – is brought up at the interactional level and (2) to systematize and (re)define the term *orientation* (widely used by conversation analysts), by means of reviewing the literature and analyzing the moments during the interactions in which problems of orientation between participants were made evident. This research study is mainly based on the theoretic-methodological apparatus of Conversation Analysis (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1976). In order to support the analysis, we also rely on studies that reflect upon childbirth issues and Conversation Analysis literature that fosters the attempt to define *orientation*. The data analyzed consist of 85 obstetric ultrasound examinations which were audio and video recorded at a private healthcare clinic. With respect to the first objective of this investigation, we found that pregnant women, even before the exam and its findings, bring up the type of childbirth, mainly caesarean, as their desired (if not already chosen) form of delivery. It was also possible to identify that there are distinctive understandings by physicians and pregnant women about the meaning of the word *engagement*, which ends up leading to interactional conflicts. With regards to the second objective, the investigation shows that the participants' orientation becomes evident – on what concerns being demonstrated by the participants and observed by the analyst – when divergent between them and related to differing knowledge (such as technical and lay) and to the interpretation of the images projected on the screen. From the analysis of divergent orientations, it was possible to understand that orientation is present in the interaction to help intersubjectivity maintenance between participants.

Keywords: Conversation Analysis. Obstetric ultrasound. Childbirth. Orientation.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 14 |
| 2.1 O Ultrassom Obstétrico no Brasil | 14 |
| 2.1.1 Os Diferentes Tipos de Ultrassons Obstétricos e suas Aplicações..... | 19 |
| 2.1.2 A Relação entre a Revelação dos Resultados das Ultrassonografias e a Interrupção da Gravidez..... | 22 |
| 2.2 As revelações sobre o Evento Ultrassom a partir de Diferentes Perspectivas Metodológicas | 23 |
| 2.2.1 Observação e Entrevista | 24 |
| 2.2.2 Revelações de Dados Naturalísticos..... | 35 |
| 3 METODOLOGIA..... | 43 |
| 3.1 Coleta de Dados: a entrada em campo e os métodos utilizados | 43 |
| 3.2 O Olhar da Pesquisadora sobre o Local de Coleta..... | 44 |
| 3.2.1 O Local de Geração de Dados | 45 |
| 3.3 Dados Gerados | 48 |
| 3.4 Participantes | 49 |
| 3.5 Metodologia para Análise dos Dados..... | 50 |
| 3.5.1 Análise da Conversa: o estudo da fala-em-interação..... | 50 |
| 3.5.2 A Fala-em-interação Institucional | 53 |
| 3.6 Fases da Estrutura Interacional do Evento Ultrassom Obstétrico | 56 |
| 3.7 Aspectos Éticos..... | 57 |
| 4 ANÁLISE DE DADOS..... | 59 |
| 4.1 O Tema Parto cesáreo ou normal através da Interação durante o Ultrassom obstétrico | 59 |
| 4.1.1 Refletindo sobre o Parto Durante o Ultrassom Obstétrico | 60 |
| 4.1.2 Brasil: o país da cesárea?..... | 64 |
| 4.1.3 Índícios da Naturalização da Cesárea durante o Exame de Ultrassom Obstétrico..... | 69 |
| 4.1.4 Cesárea Eletiva: um caso evidente de livre escolha pelo parto cesáreo sem precedentes | 73 |
| 4.1.5 Encaixe versus Posição: entendimentos nem sempre compartilhados sobre a posição do bebê..... | 75 |
| 4.2 A Orientação na Fala-em-interação..... | 82 |

| | |
|--|------------|
| 4.2.1 Orientação e a Maquinaria da Conversa..... | 83 |
| 4.2.2 Orientação e Identidades | 84 |
| 4.2.3 Orientação e Contexto Interacional | 87 |
| 4.2.4 Uma Possível Definição para Orientação? | 88 |
| 4.2.5 Refletindo sobre a Diferença entre Orientação e Intersubjetividade | 90 |
| 4.2.6 Orientações que Envolvem Diferentes Conhecimentos | 97 |
| 4.2.7 A Orientação dos Participantes e a Relação com os Diferentes Campos Semióticos ... | 104 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 112 |
| REFERÊNCIAS | 119 |
| ANEXO A - CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO..... | 127 |
| ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MÉDICOS) | 128 |
| ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTES)..... | 129 |

1 INTRODUÇÃO

O ultrassom surgiu como uma ferramenta de diagnóstico entre os anos 1930 e 1940, por criação dos irmãos austríacos Karl e Friedrich Dussik (BUSCHER; JENSEN, 2007), que “iniciaram uma pesquisa com ultrassom visando detectar tumores cerebrais, por meio de avaliação de seus ventrículos”. (CHAZAN, 2008, p. 10). Já na obstetrícia, por volta de 1960, Ian Donald trouxe grandes avanços para o uso do ultrassom como ferramenta clínica, pois antes disso as pesquisas realizadas com o exame dirigiam-se apenas a outras partes do corpo (CHAZAN, 2008).

Devido a essa evolução no exame, foi possível aos profissionais da saúde responder a dúvidas em relação à gestação e ao início da vida, diagnosticar problemas fetais e realizar possíveis tratamentos ainda em vida intrauterina. A ultrassonografia, a partir dessa fase, foi definida como um conjunto de ondas sonoras de alta frequência, de onde são produzidos ecos que se agrupam, produzindo imagens do feto que são “montadas” na tela de um computador (NATHANSON, 1984).

Inicialmente, o exame era realizado somente em casos em que havia a suspeita de alguma anormalidade gestacional, mas hoje é incorporado em toda gestação em muitos lugares do mundo, sendo considerado um “ritual” durante a gravidez em países ocidentais (BUSCHER; JENSEN, 2007). Na atualidade, pode-se dizer que os sinais corporais que anteriormente indicavam uma gravidez foram quase que completamente substituídos pela imediata visualização das imagens do embrião ou feto¹ na tela do ultrassom já a partir das primeiras semanas de gestação. Em nossos dados coletados, provenientes de atendimentos conveniados ou particulares, as gestantes, em sua maioria, iniciam o pré-natal com, em média, oito semanas, já realizando a primeira ultrassonografia para datar o tempo gestacional. Contudo, cabe a ressalva de que nem sempre essa é uma realidade possível a todas as mulheres, visto que a saúde pública dificilmente disponibilizará um exame de ultrassom nas primeiras semanas de gestação durante o pré-natal.

Por ter adquirido um status importante entre os exames de diagnóstico, muito por sua característica de revelar, muitas vezes, um diagnóstico em tempo real, ou seja, ainda durante a realização do exame, o ultrassom tornou-se o plano de fundo para esta pesquisa. Há, durante o exame, aqui especificamente obstétrico, um espaço relevante para dúvidas trazidas pelas gestantes, visto o caráter *online* propiciado pelo ultrassom. Em outras palavras, é possível

¹ Até a oitava semana de gestação dá-se o nome de embrião, depois, até o momento do nascimento, chama-se feto.

visualizar o feto e o que ele está fazendo dentro do útero, diferentemente do que ocorre em uma simples consulta obstétrica. Interessa-nos, portanto, entender como se reflete a relação de humanização e cuidado na interação entre médicos e gestantes, através da identificação de aspectos de ordem micro da comunicação entre os participantes do exame.

A presente pesquisa², ao analisar as interações entre médicos ultrassonografistas e pacientes gestantes, objetiva engajar-se em duas diferentes frentes, a Linguística Aplicada e a Saúde Coletiva, buscando um espaço relevante tanto para o meio acadêmico quanto para contextos sociais mais amplos, especialmente no que tange à saúde da mulher. Justificamos a relação entre duas diferentes áreas pela importância de trabalhos que busquem elucidar as questões de linguagem que permeiam os entendimentos construídos entre as pessoas, referentes especificamente aqui ao momento de um exame obstétrico de tamanha importância durante a gestação, como o ultrassom.

No contexto acadêmico no qual se insere, a pesquisa pretende contribuir para os estudos na área da Linguística Aplicada, na linha de pesquisa na qual é desenvolvida, a saber, *Interação e Práticas Discursivas*. Além disso, esta pesquisa ainda visa a contribuir com o projeto de pesquisa maior do qual faz parte, coordenado por Ana Cristina Ostermann e intitulado “Uma mulher, um feto e uma má notícia: a entrega de diagnósticos de síndromes e de má-formações fetais – em busca de uma melhor compreensão do que está por vir e do que pode ser feito”, complementando, assim, os estudos que já foram realizados sobre a interação médico-paciente nos âmbitos que dizem respeito à fala-em-interação no grupo de pesquisa da própria universidade (*Fala-Em-Interação (FEI)*, do PPGLA – Unisinos) e no restante do país.

É ainda importante frisar que há uma corrente da Análise da Conversa (AC) que tem buscado contribuir com as questões macrosociais, sendo denominada de Análise da Conversa Aplicada. Essa perspectiva propõe que os resultados dos trabalhos em AC também possam ser aplicados, buscando com isso benefícios para a sociedade como um todo. Essa recente perspectiva vem ao encontro da multidisciplinaridade proposta pela nossa pesquisa e pelo nosso grupo de pesquisa como um todo (FEI).

Essa noção de AC *Aplicada* se insere muito bem em pesquisas relacionadas a esferas institucionais, lançando luz sobre o seu funcionamento, pois o pesquisador pode, por meio de suas análises, sugerir melhorias no serviço que a instituição fornece (ANTAKI, 2011). A AC *Aplicada* propõe também, dentro dessa visão, ser intervencionista, visto que “tem a forte

² Esta pesquisa tornou-se viável por meio do incentivo da CAPES, que concedeu a bolsa de mestrado, e por meio de auxílio financeiro CNPq Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA N° 32/2012, Processo 405154/2012-7, em projeto de pesquisa coordenado pela Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann.

implicação de que uma solução poderá ser identificada através da análise da organização sequencial da fala, realizada em colaboração aos falantes locais³” (ANTAKI, 2011, p. 8).

Cabe ressaltar, a partir dessa conceituação inicial, que não queremos dizer que os analistas da conversa prescrevem comportamentos ou ações a partir de suas análises, ou mesmo que avaliam as competências interacionais de cada pessoa. Ao contrário disso, os analistas aplicados buscam, através dos próprios dados das interações analisadas, mostrar o que melhor funciona entre os participantes durante interação, em um determinado contexto. Queremos dizer com isso que não há a orientação pelo certo ou pelo errado nas interações, mas que há formas diferentes de interagir, que podem, por vezes, funcionar melhor. E referente a isso, Richards (2005, p. 6) pontua que

em vez de trabalhar a partir do pressuposto de que a competência é algo que se tem ou não tem, a AC fornece um meio de explorar as maneiras em que tal competência é construída em determinadas circunstâncias pelos participantes envolvidos. Ao adotar essa perspectiva, a AC deixa de lado os papéis dos participantes, como professor e aluno, ou especialista e principiante, como recursos analíticos *a priori* e conta, em vez disso, com uma análise cuidadosa das formas em que a conversa foi projetada – e os propósitos e orientações revelados através desta⁴.

A partir dessa perspectiva aplicada da Análise da Conversa, pontuamos a importância dos estudos voltados a interações entre médicos e pacientes, com ênfase no exame de ultrassom obstétrico, pois acreditamos que há estratégias interacionais que podem ser utilizadas para aprimorar os atendimentos médicos, sejam eles públicos ou privados, auxiliando na otimização dos atendimentos e na humanização dos serviços prestados. Mais ainda, espera-se que os entendimentos sobre interação proporcionados por este estudo possam servir à formação de profissionais de saúde atuantes nessa área.

Em busca de contribuições teóricas, pretendemos que esse estudo agregue novos conhecimentos a respeito da fala institucional e da Análise da Conversa, na tentativa de inserir os aportes da Linguística Aplicada em sua interface com a Saúde Coletiva. Por isso, torna-se relevante aprofundar o estudo sobre esse exame de rotina em gestantes por meio da análise interacional do evento em questão.

³ it has the strong implication that a solution will be identified via the analysis of the sequential organization of talk; and it is undertaken collaboratively, achieved with people in the local scene.

⁴ Instead of working from the assumption that competence is something that one either has or does not have, CA provides a means of exploring the ways in which such competence is constructed in particular circumstances by the participants involved. In adopting this perspective, CA sets aside participant roles such as teacher and student or expert and novice as priori analytical resources and relies instead on a careful analysis of the ways in which the talk is designed – and the purposes and orientations revealed through this.

Após essa contextualização e justificativa para a pesquisa, traçamos o objetivo geral do trabalho, que é investigar a interação entre médico ultrassonografista e paciente gestante durante o exame de ultrassonografia obstétrica, buscando compreender como é construído o entendimento mútuo entre os participantes da interação. Com isso, desejamos contribuir de forma mais ampla para os estudos da fala-em-interação em ambientes institucionais por meio da análise de fenômenos linguístico-interacionais na interação médico-paciente.

Traçado o objetivo geral da pesquisa, tem-se como objetivos específicos analisar momentos interacionais que evidenciem problemas de *orientações distintas* entre os interagentes durante os exames de ultrassonografia obstétrica, e que possam resultar em problemas de compreensão entre os interagentes. Sobre orientação também pretendemos sistematizar menções do termo na literatura em Análise da Conversa e, com isso, investigar qual a relação do conceito de orientação com a questão da “intersubjetividade” para a Análise da Conversa. Em relação ao contexto pesquisado, objetivamos, de forma macro, analisar como se reflete o assunto *parto* (cesáreo ou normal) na interação entre médico e gestante durante o ultrassom.

Também é relevante, após apresentar os objetivos específicos, tratar das motivações que nos levaram a ter como focos analíticos o tópico *parto* e o conceito de *orientação*. Primeiramente, de uma forma geral, em pesquisas de cunho naturalístico como esta, os focos de análise tendem a surgir quando o/a pesquisador/a observa, a partir dos próprios dados, alguns fenômenos que ocorrem regularmente nas conversas gravadas. Ao ouvir diversas vezes os dados gravados, observamos que algumas das gestantes e os médicos ultrassonografistas traziam ao exame o assunto parto, principalmente no terceiro trimestre gestacional, normalmente relacionando-o à data do nascimento e ao tipo de parto. A partir dessa observação e do cenário atual mundial sobre o tema parto e, mais ainda, sobre o excesso de cesáreas realizadas na rede privada no Brasil, resolvemos pesquisar esse assunto, tentando identificar como o parto é discutido durante o ultrassom, comparando os nossos achados com outros dados discutidos na literatura.

Em relação ao conceito de orientação, inicialmente, observamos que havia algo relevante interacionalmente ocorrendo em nossos dados, mas não sabíamos exatamente o que era até chegamos ao termo *orientação*, tão comumente utilizado nos textos de Análise da Conversa, atrelado a uma gama extensa de aspectos interacionais (e.g. SCHEGLOFF, 2007; SPEER, 2005; NISHIZAKA, 2010; HERITAGE; CLAYMAN, 2010), como ações, práticas, contexto, identidade de gênero e outras identidades. Verificamos, a partir da busca na literatura da área, que há uma lacuna nos estudos no que concerne a uma definição de

orientação. A partir disso, então, a análise das interações também passou a ser relevante para compreender as orientações divergentes entre os participantes, pois delas vêm alguns impasses conversacionais, por isso a importância de investigá-lo e redefini-lo.

Mediante as motivações que nos levaram a pesquisar a interação entre médico e gestante durante o ultrassom obstétrico e os focos analíticos, no capítulo dois, intitulado “Ultrassom obstétrico no Brasil”, apresentaremos as peculiaridades na prática da realização do exame no condiz aos números de exames feitos pelas gestantes durante o pré-natal e as recomendações de entidades brasileiras sobre o uso do exame.

No capítulo três, sob o título de “As revelações sobre o evento ultrassom a partir de diferentes perspectivas metodológicas”, revisaremos alguns estudos, de áreas como a Psicologia, que mostram a relação entre o ultrassom obstétrico e as pessoas envolvidas no exame: gestantes, acompanhantes e médicos. No capítulo quatro, “Metodologia”, traçaremos a metodologia de pesquisa utilizada no trabalho, explicitando a nossa base teórico-metodológica e a nossa incursão no local de geração dos dados.

Os capítulos cinco e seis serão destinados à análise de dados: o primeiro, “Reflexões sobre o parto através da interação durante o ultrassom”, prevê uma revisão sobre estudos que abordaram o tema parto/cesárea e a análise dos dados que trouxeram à interação esse tema; e o segundo visa refletir sobre o emprego do termo orientação em textos da Análise da Conversa, buscando, através da análise de dados, uma possível (re)definição para o significado do conceito. Por fim, no último capítulo, faremos algumas considerações sobre a pesquisa, apontando os resultados alcançados ao longo do trabalho, comparando-os aos estudos revisados ao longo do texto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nossa revisão teórica está dividida em duas partes: primeiramente, contextualizaremos o ultrassom obstétrico dentro do cenário brasileiro, mostrando também as normativas e os objetivos médicos em relação à sua realização em comparação com outros países. Na segunda seção, apresentaremos pesquisas que utilizaram o ultrassom obstétrico como contexto para investigar temáticas relacionadas aos participantes do exame.

2.1 O Ultrassom Obstétrico no Brasil

O ultrassom surgiu como uma ferramenta de diagnóstico, entre os anos 1930 e 1940, com a pesquisa desenvolvida pelos irmãos austríacos Karl e Friedrich Dussik, neurologista e físico, respectivamente, sobre tumores cerebrais (BUSCHER; JENSEN, 2007; CHAZAN, 2008). Na ginecologia e na obstetrícia, quase duas décadas depois, Ian Donald trouxe grandes avanços para o uso do ultrassom como ferramenta clínica, pois antes disso, como já dito, as pesquisas realizadas com o exame dirigiam-se apenas a outras partes do corpo (CHAZAN, 2008). Contudo, o exame, à época, não teve plena aceitação por parte dos médicos obstetras, que viram as avaliações fetais que o aparelho poderia fazer como não confiáveis quando comparadas às suas próprias habilidades clínicas (CHAZAN, 2008). Ainda assim, o ultrassom evoluiu e firmou-se no mercado dos exames ginecológicos e obstétricos. Devido à evolução no exame, foi possível aos profissionais da saúde responder a dúvidas em relação à gestação e ao início da vida, diagnosticar problemas fetais e realizar possíveis tratamentos ainda em vida intrauterina. A ultrassonografia, a partir dessa fase, pode ser definida como um conjunto de ondas sonoras de alta frequência, de onde são produzidos ecos que se agrupam, produzindo imagens do feto que são “montadas” na tela de um computador.

No Brasil, o exame de ultrassonografia expandiu-se por meio da obstetrícia e da ginecologia a partir de 1970, visto que até então o uso da tecnologia de raios-X aplicado à medicina interna alcançava melhores resultados devido à resolução nas imagens por ele produzidas (CHAZAN, 2008). O ultrassom substituiu facilmente os raios-X durante a gravidez, pois foi comprovado que os benefícios da ultrassonografia eram muito maiores em relação à detecção de problemas fetais, mais ainda quando em comparação com os problemas que a radiação dos raios-X pode acarretar para o feto. O exame, então, popularizou-se no Brasil rapidamente na esfera de planos privados de atendimento. Contudo, hoje é realizado em

diferentes momentos da gestação, tanto pelo sistema privado quanto pelo sistema público de saúde.

O ultrassom no Brasil, não somente o obstétrico, é realizado por médicos com especialidade no exame, definido, assim, como um ato médico pelo Conselho Federal de Medicina, desde 1992. Na maioria dos países, como, por exemplo, Estados Unidos, Reino Unido e Suécia, o exame é realizado por técnicos, parteiras ou enfermeiras especializadas. No Brasil, há uma disputa entre médicos e radiologistas pelo mercado do exame, pois se tem dificuldade de delimitar as fronteiras desses profissionais (CHAZAN, 2008), ou seja, até onde um pode ir e o outro não dentro da esfera dos exames por imagem. Isso se deve, em parte, ao fato do exame ter sido fortemente desenvolvido pelo campo da radiologia em países como os EUA. Ainda assim, um manual de ultrassonografia americano (HAGEN-ANSERT, 2003) afirma que “o [ultra]sonografista que realiza estudos fetais deve conhecer os princípios tanto da [ultra]sonografia como da obstetrícia” (p. 588), reforçando, assim, que não basta ter apenas o conhecimento técnico sobre como fazer o exame.

Mais um fator que contribui para a posição dos médicos em relação à realização da ultrassonografia no Brasil é posto por Chazan (2008), que explica que a radiologia, por ser uma tecnologia estática, não depende de tomadas de decisão durante a realização do exame, diferente do ultrassom, em que as imagens são vistas e compartilhadas em tempo real. No ultrassom, caso haja algum problema, por exemplo, o médico pode decidir por revelá-lo ou não, principalmente quando o próprio paciente o visualiza. Em comparação, no raio-X, o paciente é colocado em uma posição favorável para que haja boas imagens, que serão analisadas posteriormente por médicos, que emitem o laudo. Em outras palavras, enquanto o ultrassom tem uma dinamicidade, visto que as imagens são transmitidas em tempo real e as verificações (avaliações, medidas e parâmetros) são feitas durante o exame, o raio-X, por sua vez, não depende de uma interpretação imediata, apenas posterior das imagens geradas pelo exame. Por essa razão, técnicos especializados realizam o exame de raio-X, mas não possuem permissão por resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.361/92, que normatiza como de exclusiva competência do médico a realização e interpretação da ultrassonografia em seres humanos, bem como a emissão do respectivo laudo⁵.

Inicialmente, o ultrassom obstétrico era realizado somente em casos em que havia a suspeita de alguma anormalidade gestacional, mas hoje é incorporado em toda gestação em muitos lugares do mundo, sendo considerado um “ritual” durante a gravidez, especialmente

⁵ Dr. André Spenziéri Carneiro de Mendonça CRM – GO 11754.

em países ocidentais (BUSCHER; JENSEN, 2007). Ainda assim, cada país segue seus próprios princípios médicos em relação à realização do exame durante a gravidez. A Inglaterra, por exemplo, recomenda, no máximo, a realização de três ultrassons por gestação⁶. Na Dinamarca, o ultrassom não era realizado na gestação até bem pouco tempo, mas passou a ser incorporado ao pré-natal com a realização de um único tipo de exame para verificar a translucência nucal (GUDEX; NIELSEN; MADSEN, 2006). Também rigorosa na política de realização do exame, a Suécia não permite que as gestantes façam o exame por qualquer motivo, apenas por razões médicas. Além disso, todas as gestantes têm direito a uma ecografia na 18ª semana (AHMAN, RUNESTAM, SARKADI, 2010).

No Brasil, o exame pode ser realizado mesmo sem a requisição médica e não há um consenso sobre o número de ultrassons recomendados por gestação, por isso o exame passou a ser um grande mercado, gerando até mesmo um caráter consumista, distanciando-se, em parte, de seu caráter inicial, ao produzir fotos e vídeos do feto (CHAZAN, 2007). No mesmo manual americano citado acima, há claras indicações de que o exame deve ser realizado somente com a solicitação do médico: “a ultrassonografia fetal deve ser realizada somente quando existir uma razão médica válida, devendo-se usar os níveis mais baixos possíveis de exposição ao ultrassom para serem obtidas as informações necessárias” (HAGEN-ANSERT, 2003, p. 590).

Algumas diferenças podem ser encontradas no nosso país, por exemplo, no pré-natal realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelos planos de saúde/particulares no que concerne ao número de exames solicitados pelos médicos obstetras durante a gestação. No contexto estudado por nossa pesquisa, a saber, o de atendimentos particulares e convênios, ao menos *cinco* exames são realizados durante a gestação, conforme observado nos meses de coleta.

O SUS considera o ultrassom como complementar e prevê a realização do exame como último recurso diante das situações típicas e atípicas da gravidez. O *Manual do Pré-natal e Puerpério* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) adverte que, apesar de o procedimento ser comum durante a gestação, não há nenhuma comprovação científica da efetividade do exame sobre a redução da morbidade e da mortalidade perinatal ou materna quando realizado frequentemente. Segundo o Ministério da Saúde, “a não realização de ultrassonografia durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal” (BRASIL, 2005, p. 29). Contudo, o manual esclarece que há situações em que a

⁶ Guidelines for professional working Standards – ultrasound practice (United Kingdom, 2008).

indicação do ultrassom, orientada pela suspeita de um problema, serve como um complemento das avaliações sobre o feto, principalmente em casos de gestações de alto risco.

O manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) indica ainda o uso do ultrassom obstétrico para determinar a idade gestacional, caso nenhum outro método clínico tenha funcionado e, também, em casos em que o médico não consiga escutar os batimentos cardíacos do feto com mais de 24 semanas através do estetoscópio de Pinard⁷. Nota-se que o exame é sempre o último recurso: “em se mantendo a condição, recorrer ao *sonar doppler*⁸ e, em caso de persistir inaudível, solicitar ultrassonografia ou referir para serviço de maior complexidade” (BRASIL, 2005, p. 60). Quanto aos movimentos do feto (que começam a ser notados a partir da 20ª semana), o manual aponta para a própria percepção da gestante aos movimentos fetais, evitando o uso do ultrassom para esse fim, salientando que essa própria percepção é uma avaliação fetal simples, de baixo custo e sem contraindicações.

Torna-se evidente no manual que o ultrassom deve ser utilizado em casos extremos, como em ameaças de aborto, mas, de toda a forma, a indicação é a de que o exame ocorra somente depois do exame clínico ser realizado e ter surgido dúvidas quanto à condição do colo uterino. Em casos de mulheres com diabetes gestacional, o ultrassom é indicado como exame complementar no primeiro trimestre para determinar a idade gestacional e no segundo trimestre, entre 16 e 20 semanas, para rastrear malformações fetais. Essa indicação, podemos especular, parece mais ampla e aplicável a qualquer gestante, pois se tratam de exames básicos e importantes para o acompanhamento do desenvolvimento da gestação e do feto.

Outro manual que faz referência ao ultrassom obstétrico é o *Manual de orientação sobre assistência pré-natal* da FEBRASGO (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia), que tem o apoio da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina. Esse manual é importante, assim como o Manual do SUS, por englobar a categoria médica associada à federação sem distinguir médicos da categoria privada ou pública. Daí a importância de se entender quais as orientações em relação ao exame são fornecidas por ele.

A utilização do exame de ultrassom durante a gestação é, assim como aponta o manual do SUS, vista como complementar pelo manual da FEBRASGO, principalmente em gestações de baixo-risco, em que é possível fazer um pré-natal adequado sem a utilização do exame. O manual da FEBRASGO chama a atenção para o caráter não clínico do exame, que

⁷ Aparelho em forma de cone utilizado para verificar os batimentos cardíacos do feto quando encostado sobre a barriga da gestante.

⁸ Trata-se de um detector fetal utilizado na ausculta dos batimentos cardíacos e do fluxo sanguíneo do cordão umbilical.

condiz com o “mostrar” o bebê (apenas), ponderando que é necessário ter um objetivo para realizar o ultrassom e que ele não pode substituir rotina de consultas e outros exames no pré-natal.

A ultrassonografia (USG) é o método de investigação *complementar* mais utilizado em obstetrícia, não invasivo e sem efeitos colaterais ou teratogênicos descritos até o momento e, *apesar do fascínio* que exerce sobre a gestante e seus familiares, deve ser utilizado na medida das *necessidades* estabelecidas pelo clínico, para auxiliá-lo na condução do pré-natal, jamais substituí-lo nas visitas periódicas ou funcionar como um escudo protetor a permitir desleixos na boa condução clínica de um pré-natal (ALENCAR JÚNIOR, [2011?] p. 39, grifos nossos).

Todavia, o manual afirma que a qualidade e a segurança do acompanhamento clínico na gestação beneficiam-se com o uso da tecnologia do ultrassom, principalmente se o exame for realizado entre a 10^a e 14^a semana no primeiro trimestre, entre a 20^a e 22^a semana no segundo trimestre e, se possível, entre a 32^a e 34^a semana no terceiro trimestre. Caso não seja possível a realização dos três exames indicados, um a cada trimestre, o manual pondera sobre a realização de um único exame no segundo trimestre, entre 20 e 22 semanas gestacionais. As gestações de alto risco, segundo a FEBRASGO, devem ter o número e a frequência de exames definidos pelo médico, de acordo com o problema de saúde da gestante.

A FEBRASGO (ALENCAR JÚNIOR, [2011?]) faz uma lista dos benefícios que a *correta* utilização do ultrassom obstétrico durante a gestação deve proporcionar. Observamos que essa lista de indicações abrange os três trimestres gestacionais e qualquer gestação, seja ela de baixo ou alto risco (p. 39):

- a) estudo detalhado da implantação e desenvolvimento do saco gestacional e embrião a partir da 5^a semana após o último período menstrual;
- b) determinação do número de sacos gestacionais e embriões;
- c) estudo do número de placentas e membranas nos casos de gestações múltiplas;
- d) estimativa da idade gestacional;
- e) diagnóstico pré-natal de anomalias congênitas;
- f) avaliação do posicionamento, estrutura e função placentária;
- g) investigação de episódios hemorrágicos na gestação;
- h) execução de procedimentos invasivos diagnósticos (e.g. amniocentese) ou terapêuticos (e.g. transfusões intrauterinas).

- i) acompanhamento do crescimento fetal;
- j) avaliação da vitalidade fetal;
- k) avaliação dos órgãos pélvicos e suas alterações.

Na próxima seção, apresentaremos em detalhes os tipos de ultrassom obstétrico disponíveis, quais as indicações de uso e em quais períodos devem ser realizados. Salienciamos que todas as informações aqui contidas não são normas a serem seguidas por todas as gestantes, visto que cada gestação segue seu próprio curso.

2.1.1 Os Diferentes Tipos de Ultrassons Obstétricos e suas Aplicações

O ultrassom obstétrico pode ser realizado em todo o período gestacional por diferentes indicações clínicas. Para cada uma dessas recomendações, há também um tipo específico de exame, por isso entendemos que é necessário tratarmos de cada um separadamente para especificarmos quais os tipos que fazem parte de nosso estudo.

No *primeiro trimestre* gestacional, o ultrassom possui diferentes indicações, como aponta o **Tratado de Ultrassonografia**, manual americano traduzido para nosso idioma. Portanto, devemos ter o cuidado ao normatizar algumas questões que nele estão contidas. Ainda assim, a lista abaixo traz informações relevantes para o uso do ultrassom obstétrico de uma forma geral e mesmo universal. As indicações para a ultrassonografia no primeiro trimestre são (HAGEN-ANSERT, 2003, p. 590):

- a) confirmar a presença da gravidez;
- b) avaliar a suspeita de gravidez ectópica;
- c) definir as causas de um sangramento vaginal;
- d) determinar a idade gestacional;
- e) confirmar a suspeita de gestação múltipla;
- f) confirmar a vida embrionária;
- g) auxiliar em procedimentos invasivos (e.g. amniocentese);
- h) avaliar massas pélvicas;
- i) detectar anormalidades uterinas.

É importante lembrar que em um único exame é possível verificar algumas das indicações apontadas acima. Porém, algumas verificações devem ser feitas dentro de

determinados períodos gestacionais para a eficácia do ultrassom e, por isso, em exames diferentes.

Para verificar a implantação e o desenvolvimento do saco gestacional e do embrião, a ecografia deve ser preferencialmente realizada por via *transvaginal*, normalmente entre a 5ª e 12ª semana. Após esse primeiro ultrassom (ultrassom transvaginal), o próximo ocorre entre o fim do primeiro trimestre e o início do segundo, salvo se a gestante apresentar algum problema, como um hematoma (coágulo de sangue), que deve ter acompanhamento mais frequente através de ecografias.

Na sequência do pré-natal, ainda no primeiro trimestre, é indicada a realização do ultrassom de rastreamento fetal de malformações (ALENCAR JÚNIOR, [2011?]). Conforme o manual da Federação, é possível diagnosticar corretamente uma anomalia, mas isso pode variar de acordo com a gravidade do problema, com a época gestacional em que o exame é realizado e com a qualidade do equipamento usado. Por isso, o exame *transvaginal morfológico* deve ser realizado entre a 11ª e 13ª semana e seis dias⁹ de gestação, ou seja, antes de completar 14 semanas gestacionais, para investigar a translucência nucal, o osso nasal e o ducto venoso, que são medidas avaliativas para cromossomopatias como a Síndrome de Down (GOMES FILHO, 2010). A Translucência Nucal (TN) é uma verificação que pode ser feita em separado, não necessariamente através do exame morfológico de primeiro trimestre. Através da TN, é possível avaliar o acúmulo de líquido ao nível da nuca, observado em todos os fetos entre a 10ª e 14ª semana de gestação (ALENCAR JÚNIOR, [2011?]).

No *segundo e terceiro trimestres* gestacionais, as indicações para a realização da ultrassonografia obstétrica descritas pelo Tratado de Ultrassonografia (HAGEN-ANSERT 2003, p. 591) são:

- a) estimar a idade gestacional para pacientes com datas incertas;
- b) avaliar discrepâncias de tamanho uterino e datas clínicas;
- c) avaliar o crescimento fetal;
- d) avaliar o peso;
- e) determinar a apresentação fetal;
- f) avaliar a vida fetal;
- g) avaliar o líquido amniótico anormal;
- h) avaliar a placenta;

⁹ Este número de referência nem sempre é o mesmo nos manuais e textos que o indicam. Há também a indicação que o exame deve ser feito entre 10 e 14 semanas pela FEBRASGO.

- i) avaliar sangramentos vaginais ou perda de líquido;
- j) avaliar e acompanhar anomalias fetais;
- k) avaliar pacientes de alto risco com história de anomalias congênicas anteriores;
- l) proporcionar uma análise do perfil biofísico.

As indicações de segundo e terceiro trimestre apresentadas pelo tratado podem, assim como as de primeiro trimestre, ser feitas juntas em apenas um exame, salvo as indicações que exigem exames com especificidades, como são os exames de rastreamento. O exame mais comum, que perpassa, na verdade, quase toda a gestação, é o ultrassom obstétrico simples, que busca avaliar a posição do bebê, o peso fetal, a placenta e seu aspecto, a quantidade de líquido amniótico, a presença de batimentos cardíacos fetais e os movimentos corpóreos e respiratórios do bebê.

No segundo trimestre, também é realizada uma *avaliação morfológica fetal*, semelhante à que é feita no primeiro trimestre, em média, entre 18 e 22 semanas, em busca de malformações (coluna vertebral, mãos, pés, face, diafragma e coração). Porém, nessa fase gestacional, as estruturas fetais estão plenamente formadas para uma nova avaliação. Conforme instruções da FEBRASGO, esse exame deve ser de avaliação básica, inclusive em gestantes de baixo risco, e deve, obrigatoriamente, avaliar as seguintes estruturas: calota craniana, cérebro, órbitas, lábios, perfil facial, tórax, coração fetal, diafragma, estômago, rins, intestinos delgado e grosso, bexiga, inserção do cordão umbilical no abdômen e integridade da parede abdominal, coluna vertebral em cortes coronal, transversal e sagital, além de todos os membros e genitália externa. Em torno de 85% das malformações fetais podem ser diagnosticadas através desse exame.

No terceiro trimestre, as avaliações a serem feitas concernem ao crescimento e à vitalidade fetal. A FEBRASGO afirma que é extremamente importante o diagnóstico dos distúrbios do crescimento fetal, pois são esses distúrbios os responsáveis pelo aumento da morbidade e mortalidade perinatal em fetos pequenos (PIG) ou grandes em relação à idade gestacional (GIG). Tanto o crescimento quanto a avaliação do bem estar do feto podem ser feitas em ultrassons obstétricos simples, ou ainda, em dois exames com indicações precisas: o ultrassom com *Doppler colorido* e o ultrassom com rastreamento do *perfil biofísico fetal*.

A *ultrassonografia obstétrica com Doppler colorido*, depois da 30ª semana gestacional, avalia o fluxo sanguíneo de vasos fetais e maternos na tentativa de predizer determinadas patologias e determinar o estado de oxigenação do bebê, por isso é um exame importante no pré-natal de gestantes com doenças hipertensivas. E, para avaliar com mais

precisão a vitalidade do feto, além do Doppler, é realizado o exame do *perfil biofísico fetal*, entre 26 e 28 semanas de gestação. Esse exame avalia quatro componentes relacionados ao sofrimento fetal agudo (cardiotocografia basal, movimentos respiratórios, movimentos corporais e tônus fetal) e uma variável relacionada ao sofrimento fetal crônico (ALENCAR JÚNIOR, [2011?]).

Além desses exames, existe ainda a *ecografia cardíaca fetal*, que não será detalhada aqui por não ter sido coletada em nossa pesquisa. Salientamos, novamente, que a indicação dos diferentes tipos de ultrassons pode variar de acordo com cada gestação, portanto, as indicações mencionadas não são normas a serem seguidas em todas as gestações.

A próxima seção problematizará a questão da realização do exame e de seus resultados em relação à interrupção da gravidez frente a problemas fetais irreversíveis ou não.

2.1.2 A Relação entre a Revelação dos Resultados das Ultrassonografias e a Interrupção da Gravidez

Algumas ultrassonografias durante a gestação rastreiam possíveis problemas fetais, como no caso da morfológica. O risco de síndromes e malformações pode ocorrer em qualquer gestação, mas também pode variar de acordo com alguns fatores, como a idade da gestante e doenças genéticas. A revelação dos resultados de problemas na gestação encontrados durante o exame de ultrassom nem sempre acontece no exame, mas posteriormente pelo médico obstetra a partir do exame. Contudo, como um exame de imagens compartilhadas em tempo real por médico e gestante, o profissional que faz o exame corre o risco de ter que revelar o que está visualizando, mesmo quando isso implicar um diagnóstico ruim.

Informar ou não o que está sendo visto, principalmente em casos de diagnóstico ruim, pode ser uma decisão do profissional que faz o exame, principalmente no Brasil, onde são os médicos que realizam o ultrassom. Nos Estados Unidos, onde quem faz o exame é um profissional radiologista ou um enfermeiro, os papéis de cada um estão bem delimitados e cabe ao ultrassonografista revelar apenas as normalidades durante o exame, deixando as revelações ruins e a discussão sobre elas sob a responsabilidade do médico (HAGEN-ANSERT, 2003).

Atrelada à questão da entrega de más notícias e à eficácia do ultrassom na detecção de anomalias e síndromes, está uma pertinente reflexão sobre a questão da interrupção da gravidez. No Brasil, o próprio manual do Ministério da Saúde, ao tratar da realização do

ultrassom, coloca essa questão e afirma que os benefícios sobre os resultados do ultrassom são incertos, devido justamente à proibição do aborto na maior parte dos casos de malformações. Salientamos que em alguns países¹⁰ (Estados Unidos da América, Cuba, Canadá, Suíça, Austrália, Uruguai, entre outros) a interrupção da gravidez é legalizada, possibilitando à mulher o direito de levar ou não uma gestação indesejada ou com problemas fetais até o fim. Nesses países, a detecção de anormalidades durante o ultrassom serve a esse propósito também, diferentemente do Brasil, em que a detecção de problemas sérios com o feto, como uma malformação que pode levá-lo à morte prematura, não justifica legalmente a interrupção da gravidez. A legislação brasileira permite o aborto legal apenas em casos de estupro, de risco de vida materno e, mais recentemente, em gravidezes de fetos anencéfalos. Assim, em nosso país, o diagnóstico prematuro da maioria dos problemas fetais justifica-se para preparar psicologicamente a gestante para enfrentar o restante da gravidez, deixando-a consciente dos problemas que surgirão após o nascimento de um bebê supostamente não saudável, inclusive com risco iminente de morte.

2.2 As revelações sobre o Evento Ultrassom a partir de Diferentes Perspectivas

Metodológicas

O ultrassom obstétrico é o objeto de estudo de muitas pesquisas desenvolvidas nas áreas de Obstetrícia, Ginecologia e Enfermagem, principalmente. Em grande número, as pesquisas advêm de países do continente europeu, como Reino Unido, Suécia, Dinamarca, Irlanda e Noruega. No Brasil, as pesquisas que observam os participantes do exame, ou seja, gestantes e médicos, são esporádicas e fazem parte do campo da Psicologia e Antropologia.

As pesquisas sobre o evento ultrassom nessas áreas são realizadas principalmente a partir da observação do exame e de entrevistas com gestantes e acompanhantes. Entre os principais temas destacam-se os seguintes: (1) o homem (companheiro da gestante) e sua participação no exame (DRAPER, 2002; EKELIN et al., 2004; LOCOCK; ALEXANDER, 2006); (2) a gestante e suas expectativas em relação à realização do exame (GARCIA et al., 2002; EKELIN et al., 2004; GOMES; PICCININI, 2005; GUDEX; NIELSEN; MADSEN, 2006; LALOR; DEVANE, 2007; MOLANDER; ALEHAGEN, 2010; SOMMERSETH; SUNDBY, 2010); e (3) a entrega de diagnósticos adversos (MITCHELL, 2004; LALOR;

¹⁰ Cada país tem uma legislação específica para a questão do aborto. Há ainda estados que possuem restrições ou liberações específicas, como nos EUA.

BEGLEY, 2006; CAROLAN; HODNETT, 2009; AHMAN; RUNESTAM; SARKADI, 2010; AUNE; MÖLLER, 2012; ASPLIN et al., 2013).

A seguir, alguns estudos, desenvolvidos a partir de diferentes áreas, países e enfoques, serão apresentados com o objetivo de oferecer uma ampla visão do que já foi pesquisado sobre o ultrassom obstétrico, com ênfase naquelas sobre os participantes do exame (médico, gestantes e acompanhantes). A partir desse panorama, esperamos mostrar o diferencial e a complementaridade da nossa pesquisa diante do que foi investigado anteriormente. A seleção dos textos para a revisão deste capítulo passou por três critérios:

- a) ter sido publicado na última década: o ultrassom teve muitos avanços no que concerne a visualização das imagens fetais nos últimos anos, por isso as pesquisas feitas entre os anos 1980 e 1990 não podem ser comparadas com as atuais.
- b) não ser prescritivo e/ou técnico: não se assemelha com nossa pesquisa trabalhos que ditem regras de como o exame deve ser feito ou que descrevem o que é adequado ou não na postura dos profissionais.
- c) não ser resultado apenas de experiência clínica: nos interessa, a partir de nossa própria perspectiva teórico-metodológica, que as pesquisas aqui apresentadas sejam baseadas em dados, sejam eles resultados de entrevistas, anotações, observações, etc.

2.2.1 Observação e Entrevista

As pesquisas discutidas nesta seção são baseadas em dados de observação, em algumas delas houve trabalho de campo etnográfico, ou seja, houve a participação dos pesquisadores durante os exames de ultrassom e a produção de notas de campo, e de entrevistas com gestantes antes e depois do exame. Nesse aspecto, podemos afirmar que esses trabalhos aproximam-se da nossa pesquisa na medida em que atentam para os participantes (gestante, acompanhante e profissional da saúde) do exame; contudo, distanciam-se na medida em que não gravam o evento e não analisam a interação propriamente dita entre os participantes do ultrassom.

A área da saúde detém a maior parte das pesquisas feitas sobre o ultrassom obstétrico. Nesse meio encontram-se a Medicina, a Enfermagem e a Psicologia, além de um campo pouco conhecido no Brasil, o das parteiras, muito comum em países como o Reino Unido. As

pesquisas da área da saúde são baseadas principalmente em entrevistas anteriores ou posteriores ao evento, ou via acompanhamento etnográfico durante o exame.

No que tange à esfera emocional, o exame de ultrassom vem sendo estudado, principalmente, na área da Psicologia, revelando sentimentos da gestante e de seu parceiro sobre a expectativa em fazer o ultrassom e sobre os seus resultados. Com base em entrevistas pós-exame, Ekelin et al. (2004), em pesquisa desenvolvida na Suécia, na faculdade de Medicina e departamento de Enfermagem, revelam que as preocupações prévias ao exame envolvem o quadro clínico passado anteriormente pelo casal. Em outras palavras, se a gestação anterior tiver sido dentro de um quadro de normalidades, sem resultados adversos, gestante e companheiro esperarão o mesmo durante o exame; caso contrário, os casais que tiveram gravidezes de risco, ou mesmo perda fetal, enxergam o ultrassom como um verdadeiro exame de diagnóstico.

O exame pode ter um efeito tranquilizador em mães e pais, é o que revelam os autores. Após a realização do exame, tanto gestante como seu companheiro descrevem que há uma sensação de alívio com a confirmação de que tudo está correndo bem com o bebê (EKELIN et al., 2004). No campo da afetividade, os autores constataram que para a gestante e seu companheiro, o exame significa a construção de uma família, pois ao ver o feto, os pais e as mães pensam nele como um bebê real e começam a se imaginar em seus papéis parentais. Esse processo de reconhecimento do feto como um bebê real é chamado pelos autores de *personalização*, que explicam que a gestante e seu companheiro apreciam as características do bebê, dando-lhe aparência e personalidade baseadas em traços familiares observados por meio do exame. Além disso, o exame mostrou-se a prova material à família de que a mulher está realmente se tornando mãe. Ou seja, o exame contribui para o processo de construção social da maternidade.

Sobre isso, Gudex, Nielsen e Madsen (2006), em pesquisa realizada na Dinamarca, corroboram com Ekelin et al. (2004) no parecer de que as mulheres em primeira gestação tendem a querer *ver o bebê* mais do que qualquer outro aspecto, como a saúde do feto e suas medidas. Já as mulheres que tiveram experiências negativas com outras gestações, como abortos espontâneos, tendem a querer sentirem-se mais seguras e querer saber se está tudo bem com a saúde do feto.

No Brasil, pesquisas na área da Psicologia, de Gomes e Piccinini (2007; 2010), revelam o impacto emocional do ultrassom durante a gestação, apontando principalmente aspectos ligados à relação instaurada entre mãe e bebê com o auxílio do exame, tanto em situações de normalidade quanto de anormalidade fetal.

Em relação às implicações emocionais do exame na relação materno-fetal no contexto de normalidade fetal, Gomes e Piccinini (2010) entrevistaram 11 gestantes primíparas, que realizam o exame pela primeira vez, antes e depois do ultrassom e também três semanas após o exame. Primeiramente, os autores apontam os resultados das entrevistas que realizaram. Em relação às impressões e aos sentimentos das gestantes sobre o bebê, os autores revelam que as gestantes após o exame perceberam seus bebês mais concretos e reais, demonstrando sentimentos de satisfação e esclarecimento a respeito do bebê.

Os autores relatam que o exame também contribuiu para a intensificação dos sentimentos pelo bebê, pois antes do exame as gestantes disseram não ter ainda um contato com o feto, visto que a gravidez está no primeiro trimestre e o bebê ainda não é percebido fisicamente pela gestante. Contudo, algumas gestantes não perceberam mudanças depois do exame, descrevendo que continuavam agindo da mesma forma após o ultrassom na sua relação com o feto. Sobre a maternidade, os sentimentos das gestantes também se mostraram mais concretos e reais depois do exame, pois nos relatos foi possível identificar que as gestantes conscientizaram-se de que levam dentro de si um ser dependente.

Em suma, as entrevistas com as gestantes revelaram que o ultrassom foi uma influência positiva sobre as gestantes, pois elas passaram a ter mais cuidado consigo e com a gestação. Além disso, o exame ajudou a envolver as mulheres na gestação, provendo mais concretude à gravidez e, consequentemente, ao feto, intensificando sentimentos e estabelecendo o vínculo materno-fetal (GOMES; PICCININI, 2010).

Em outra pesquisa, Gomes e Piccinini (2007), apesar das ressalvas metodológicas do trabalho¹¹ colocadas pelos próprios autores, revelam o impacto do ultrassom em três gestantes primigestas em situação de anormalidade fetal. Primeiramente, as gestantes apontaram que a maior expectativa em relação ao exame era a descoberta do sexo fetal. Sobre o diagnóstico adverso, duas gestantes expressaram dúvida em receber o diagnóstico no exame (relacionada à veracidade do resultado), mas, ao mesmo tempo, demonstraram satisfação em poder tomar os cuidados necessários (GOMES; PICCININI, 2007). A terceira gestante relatou que o exame é positivo na medida em que provê a possibilidade de acompanhar o quadro do bebê. Por fim, os autores consideram que, apesar de revelar uma realidade dolorosa às gestantes, o ultrassom não foi visto como uma ameaça, mas “como uma esperança constante de que se revelasse uma reversão do quadro patológico do bebê” (2007, p. 73).

¹¹ Foram realizadas entrevistas três meses após a primeira ecografia obstétrica das gestantes. Além disso, o número de participantes na pesquisa também é baixo, por isso nenhuma generalização é viável.

As pesquisas sobre os resultados de anormalidade fetal durante o ultrassom são produções constantes e numerosas no campo da saúde. Ao encontro do estudo anterior feito no Brasil, na Suécia, também na área da Psicologia, Ahman, Runestam e Sarkardi (2010) relatam a experiência de mulheres que descobriram problemas fetais leves¹² durante a ultrassonografia e tiveram que decidir fazer ou não a coleta de líquido amniótico para continuar a investigação. Diferentemente da realidade brasileira, onde o ultrassom é realizado sem ressalvas durante a gestação, na Suécia, o exame é realizado uma única vez no pré-natal, na 18ª semana. Às gestantes é informado o potencial e as limitações do exame, pois elas têm o direito de realizarem ou não o ultrassom.

As autoras realizaram entrevistas semiestruturadas com 11 gestantes sete semanas após o diagnóstico, que continham perguntas sobre a expectativa de realização do exame, o entendimento das informações dadas, como essas informações afetaram-nas, a escolha em fazer ou não a coleta do líquido amniótico para o exame de cariótipo fetal e a visão sobre a gravidez a partir do ultrassom. Além dessas perguntas principais, outras questões de sondagem também foram feitas. As respostas foram separadas em categorias e analisadas quantitativamente.

Particularmente sobre o ultrassom, as respostas revelaram que, pela maioria das gestantes, o exame foi visto como um evento supostamente feliz, à espera de normalidade, ainda que a maioria delas também tivesse conhecimentos prévios sobre o ultrassom e sobre os possíveis diagnósticos adversos que ele pode revelar (AHMAN; RUNESTAM; SARKARDI, 2010). As autoras dizem que as mulheres haviam recebido informações também por escrito da própria clínica, contudo não deram importância devido à antecedência do recebimento.

No que concerne à descoberta de problemas fetais, as mulheres relataram que foi uma experiência traumática devido às circunstâncias de entrega do diagnóstico. Na clínica onde foi feita a pesquisa por Ahman, Runestam e Sarkardi (2010), na Suécia, quem realizava o exame era a parteira, mas no caso de resultados adversos, o médico conversava com a gestante, explicando o diagnóstico. Assim, as mulheres entrevistadas disseram que ficaram mais de uma hora com informações parciais sobre o exame até conversarem com o médico, que demorava a atendê-las devido à agenda de consultas (AHMAN; RUNESTAM; SARKARDI, 2010). Esses dados revelam que houve um problema no modo como foi realizada a entrega das más notícias, mas não em relação ao exame de ultrassom e aos diagnósticos adversos em si.

¹² Alguns problemas leves podem não ter ligação com síndromes cromossômicas, contudo algumas alterações podem indicar Síndrome de Down, por exemplo, por isso a indicação do exame de cariótipo fetal. Na Suécia, o aborto é permitido nesse caso.

Ahman, Runestam e Sarkardi (2010) concluem que as mulheres veem o ultrassom mais como evento social do que como um exame de diagnóstico. As autoras afirmam ainda que, segundo as próprias gestantes, o forte impacto do diagnóstico adverso poderia ter sido minimizado se as mulheres fossem informadas de antemão sobre a possibilidade de quaisquer problemas serem encontrados no exame. Essa preocupação justifica-se porque não só problemas graves e sem perspectiva de cura são encontrados no ultrassom, mas também problemas de saúde do feto possíveis de serem contornáveis podem ser encontrados durante o exame, como problemas cardíacos e cistos, informação que parece nem sempre estar ciente à gestante (AHMAN; RUNESTAM; SARKARDI, 2010). Em outras palavras, podemos dizer que há um “apagamento” dos propósitos do exame, construído mutuamente por médicos, gestantes e acompanhantes antes e durante o exame. Com isso, as autoras sugerem que as mulheres sejam informadas anteriormente ao início do exame da possibilidade de diagnósticos adversos no ultrassom de rotina, auxiliando, dessa forma, nas decisões que precisam ser tomadas nesses casos.

Lisa Mitchell (2004), no Canadá, realizou uma pesquisa qualitativa na qual entrevistou gestantes que tiveram resultados inesperados graves no ultrassom, ou seja, que tiveram entrega de más notícias, como a de morte fetal e de anomalia fetal. Conforme a autora, as gestantes, por verem o ultrassom como uma ferramenta que oportuniza uma experiência *positiva* no que concerne a ver um bebê saudável, são fortemente surpreendidas quando a experiência não ocorre dessa forma. Entendemos que essas pesquisas corroboram a noção de que o ultrassom, por ser mais do que uma ferramenta de diagnóstico, pode gerar muitas situações delicadas, visto que há a possibilidade de resultados adversos durante a realização do exame.

Talvez não tão surpreendentemente, Lalor e Begley (2006) afirmam que a expectativa das gestantes em relação ao exame é a de total saúde fetal. Essa é a conclusão encontrada pelas autoras em uma pesquisa desenvolvida na Irlanda por meio também de entrevistas com gestantes que, igualmente à pesquisa anterior, tiveram diagnósticos adversos ao esperado no exame. As autoras questionam-se sobre o que as mulheres querem realmente saber ao fazer o exame e sobre o despreparo dessas gestantes ao receber um diagnóstico contrário às suas expectativas. As mulheres entrevistadas asseguram que preveem um feto saudável e não se percebem estar em uma categoria de risco para anomalias fetais.

Lalor e Begley (2006) explicam que as gestantes relatam a falta de preparo para resultados adversos e, assim como Ahman, Runestam e Sarkardi (2010), atribuem isso à falta de explicações antes do exame ser realizado, por parte da equipe médica (seja quem for o realizador do exame). Contudo, Lalor e Begley (2006) ponderam em suas conclusões sobre

essa falta de esclarecimento, explicando que se todas as informações sobre possíveis anomalias fossem explicitadas a uma população onde a maioria não será afetada por esses problemas, isso poderia causar uma preocupação desnecessária. Segundo as autoras, seria importante encontrar alternativas para trabalhar com a gestante essa outra natureza do exame, que é, na verdade, seu objetivo principal.

A pesquisa realizada na Suécia por Molander, Alehagen e Berterö (2010), com o objetivo de identificar e descrever o significado do ultrassom na rotina da gestante, reforça a importância do acompanhamento da gestante às imagens projetadas na tela para que ela possa compreender o exame. Por meio de entrevistas com mulheres em idade gestacional entre 12 e 19 semanas antes do primeiro exame ser realizado, os autores identificaram que, para elas, fazer o ultrassom proporciona uma conexão e um encontro com o bebê, revelando o exame como um passo a mais para a instauração da maternidade.

O trabalho desses autores encontrou algumas categorias atribuídas ao exame, que são: (1) evento positivo, (2) situação desconhecida e (3) um “teste”, pois pode mostrar uma gravidez adequada ou adversa (MOLANDER; ALEHAGEN; BERTERÖ, 2010). Essas categorias revelam os efeitos que o ultrassom pode ter sobre as gestantes, entre eles a confirmação visual da gravidez e, com isso, o aumento da conexão com o bebê, pois assistir à gravidez na tela do aparelho torna-a real (MOLANDER; ALEHAGEN; BERTERÖ, 2010).

De uma perspectiva etnográfica, Draper (2002), na Inglaterra, realizou um estudo longitudinal, na área da saúde, em que observou a transição do homem à paternidade, desde a gestação até o nascimento do bebê. Um dos momentos de reconhecimento da paternidade, segundo o autor, passa pela experiência dos homens durante o ultrassom obstétrico. Os 18 homens acompanhados no estudo foram entrevistados três vezes ao longo do período da pesquisa: no segundo trimestre gestacional, no final do terceiro trimestre e semanas após o nascimento do bebê.

Refente ao ultrassom, o autor revela a partir de suas entrevistas que o exame tem um duplo caráter, já mencionado por Ekelin et al. (2004): é, ao mesmo tempo, um evento médico e um evento social. Draper (2002) destaca que o médico está, durante o exame, vendo um feto, enquanto a gestante e seu companheiro veem um bebê. A maior parte dos homens entrevistados por Draper não reconhecia, em termos de prioridade, a possibilidade de um diagnóstico adverso à normalidade durante o exame. Esse dado vai ao encontro de como as gestantes veem o exame também. Da mesma forma, os relatos desses pais deixaram evidente que o ultrassom proporciona momentos importantes na gravidez e até mesmo a lembrança mais marcante do período gestacional.

Draper (2002) sinaliza que ver o bebê no ultrassom proporciona o acesso a informações sobre o bebê que, de outra forma, permaneceriam ocultas até o nascimento em si. O autor considera esse acesso uma antecipação do nascimento, ou ainda, um “nascimento pré-natal¹³” (p. 790, tradução nossa). O ultrassom, assim, é reconhecidamente importante também para o homem, segundo o autor, na medida em que auxilia no reforço da realidade de sua transformação em pai.

A partir de uma incursão etnográfica, Chazan (2007; 2009), na área da Antropologia no Brasil, acompanhou médicos e gestantes *durante* os exames de ultrassom, abordando principalmente a questão da sua *espetacularização* – caráter que particulariza seu trabalho diante de outros estudos sobre o exame – e da construção do feto como “pessoa”. Dessa forma, apesar de alinhada ao trabalho de Draper (2002) pela perspectiva metodológica, a pesquisa de Chazan vai além à medida que faz um acompanhamento mais detalhado dos participantes (gestante, médico e acompanhantes) *durante* o exame. Chazan e Draper também se alinham quanto à percepção sobre o exame, em parte, como evento social. Para Chazan (2007), o ultrassom como espetáculo se dá, principalmente, por meio da produção de fotos e vídeos do exame, além da participação em excesso de pessoas ligadas à gestante na realização do exame (avós, pai, irmãos, etc.). Cabe ressaltar que o contexto pesquisado por Chazan favoreceu que viesse à tona a característica chamada aqui de *espetacularização* do exame por se tratar de três clínicas de classe média baixa à alta no Rio de Janeiro, com atendimento privados, particulares e convênios.

Através de notas de campo, que foram transformadas em relatos de situações e em diálogos, Chazan (2007) buscou observar a negociação que acontece em torno das imagens fetais. Quanto ao trabalho etnográfico, também é valioso ponderar sobre a subjetividade envolvida nas observações e nas notas de campo produzidas a partir do olhar do pesquisador. A pesquisa moldada nesse formato terá a perspectiva do pesquisador na descrição dos acontecimentos, que serão reconstruídos na tentativa de ser fidedigno ao evento real.

Chazan (2007), primeiramente, problematiza a questão da gravidez e da tecnologia, discutindo o que mudou com a chegada do ultrassom como exame, por vezes, de rotina durante o pré-natal¹⁴. Segundo ela, o ultrassom ajuda a antecipar as vivências das gestantes em relação ao feto. Antes a mulher começava a sentir o bebê a partir dos movimentos fetais, ou seja, a partir do quarto mês de gestação em média. Com o ultrassom, a existência do feto torna-se real a partir do primeiro exame quando os batimentos cardíacos já podem ser

¹³As a kind of antenatal birth.

¹⁴Lembramos que a incorporação do exame de ultrassom à rotina de pré-natal é parte do contexto brasileiro, mas pode não se aplicar a outros países, como Reino Unido, por exemplo.

90 bebê:, mas. >entre vinte a vinte e duas< (.) [em]=
 91 ARIELA [mhm]
 92 GABRIEL =linhas
 93 gerais assim (2.2) por que. porque o bebê precisa ter
 94 força né prá: (1.1) prá ti sentir o movimento dela o
 95 que que vai acontecê ó tem que mexê e batê aqui no
 96 teu útero o teu útero é essa margem mais escura aqui=
 97 ARIELA =mhm
 98 ((o médico aponta com a flecha para a parte de cima do
 99 círculo que é o útero, sendo que a imagem do feto
 100 está somente na parte inferior do círculo))
 101 GABRIEL é:: enquanto ela batê aqui e não movimentá o útero
 102 aqui prá encostá nas outras partes do teu corpo tu não
 103 vai sentir então até vinte semanas por mais que ela
 104 bata ali ela não tem essa força então ó tá me- tá
 105 mexendo mas tu vê que não acontece nada no teu útero
 106 ARIELA nós tamo vendo ela assim né de lá prá cá assim,
 107 deitadinha,
 108 (2.1)
 109 ARIELA a. agora de lado
 110 GABRIEL e lado. (6.3) ela precisa ter um pouqui:nho mais de
 111 força prá tu começá a sentir os movimentos
 112 (1.0)
 113 ARIELA **mhm (1.9) é a gente fica querendo sabê se tá tudo be:m,**
 114 **e como não senti nadahh né [só]=**
 115 GABRIEL [mhm]
 116 ARIELA =no dia da ecografia
 117 prá sabê se isso tudo-

Com o excerto, evidenciamos que o ultrassom tem o papel de mostrar à mulher o que o próprio corpo e o feto ainda não sinalizam. Em outras palavras, antes mesmo do abdômen tornar-se saliente em algumas mulheres e antes mesmo da percepção dos movimentos do bebê, o ultrassom revela que há um feto dentro da mulher, antecipando sensações que seriam vividas após o fim do 2^o trimestre gestacional.

Entendemos que não é possível generalizar os resultados de pesquisa encontrados por Chazan (2007), assim como em nenhuma outra pesquisa que foi ou que ainda será apresentada nesta breve revisão. Na pesquisa de Chazan, por exemplo, como já mencionado anteriormente, os achados são resultados de um contexto muito específico, que em nada traduz uma realidade como a do Sistema Único de Saúde (SUS). Se tomarmos como exemplo o contexto público de saúde, veremos que muitas mulheres sem recursos financeiros e que fazem pré-natal pelo SUS nem sempre terão sua primeira ecografia nas primeiras semanas de gestação, assim como terão um número limitado de exames ao longo da gravidez.

Voltando às descobertas do trabalho de Chazan (2007), ainda sobre as mudanças na gestação a partir da tecnologia do ultrassom, a autora também considera que o feto passou por

um processo em que se tornou uma pessoa¹⁶ destacada, em parte, do corpo da gestante, tornando-se um paciente, passível até mesmo de uma cirurgia ainda no ventre materno (p. 60). Isso se explica pela nova visão alcançada pelo ultrassom, que proporciona a visibilidade dos movimentos e mesmo do comportamento do feto dentro do ventre da gestante. Coloca-se, então, a questão do feto não mais como uma extensão do corpo feminino, mas como um ser separado, que, inclusive, têm direitos como qualquer cidadão já nascido, sobrepondo-se aos direitos da própria mulher¹⁷ (CHAZAN, 2007). Assim, essa “antecipação da existência social do feto” (2007, p. 215) promove o reforço do vínculo materno, visto que as imagens passam a “desenhar” um bebê de “carne e osso” para a gestante.

As imagens fetais do exame são negociadas entre médicos e gestantes na medida em que o ultrassom (e seu conteúdo) vai sendo construído na interação no decorrer da prática (CHAZAN, 2007). A autora explica que há, por isso, uma tensão entre *objetividade* e *subjetividade*. A primeira está ligada à materialidade de um feto e à tecnologia que proporciona apresentar dados quase sempre precisos sobre a saúde do feto. Já a segunda faz-se presente na decodificação/interpretação das imagens fetais pelos médicos, nas perturbações advindas do aspecto emocional relativo à interação gestante-médico durante o exame e na atribuição de significados às imagens calcados em crenças e valores, momento em que gestantes e acompanhantes também participam (CHAZAN, 2007). É na subjetividade, portanto, que entram os aspectos que reforçam o ultrassom como espetáculo de consumo.

Fortemente atreladas à objetividade e à subjetividade, estão as *verdades* produzidas durante o exame. Chazan (2007) as classifica como (1) *verdade médica*, (2) *verdade não médica* e (3) *verdade dolorosa*. A primeira está ligada ao aspecto de diagnóstico do exame e ao profissional responsável por fazê-lo. As verdades dessa ordem estão ligadas à saúde do feto, da gestante e da gestação si. A segunda verdade não depende somente do médico para ser construída, mas também da gestante e de seus acompanhantes. Essa verdade produz a significação das sensações maternas relacionadas às primeiras imagens do feto que proporcionam à mulher uma nova visão de mãe. É nessa verdade que reside a questão exposta anteriormente de que a mulher ainda não sente os movimentos fetais, ou ainda não tem de fato a confirmação de que sua gestação foi levada a cabo e é justamente o exame que ajuda na construção do reconhecimento de ser mãe; os movimentos fetais e o reconhecimento pela gestante das partes do corpo do feto dentro de si também estão relacionados com as verdades

¹⁶ Condição de pessoa ou personalidade, conforme Chazan (2007, p. 52).

¹⁷ Tomamos como exemplo o Estatuto do Nascituro que tramita já há algum tempo no Congresso Nacional Brasileiro.

não médicas. Por fim, é produzida a verdade quando da subjetivação do feto por meio de atribuição de características e ações a ele. Também aqui entram as verdades referentes às semelhanças encontradas entre o feto e os familiares (CHAZAN, 2007). Como se pode ver, as verdades não médicas estão em proximidade com a subjetividade dos participantes do exame.

O terceiro tipo verdade volta a ser de responsabilidade do médico, visto que está ligada à entrega de más notícias. Conforme aponta Chazan (2007), o exame de ultrassom obstétrico, por mais que seja um exame de diagnóstico, não produz a expectativa de um diagnóstico ruim, afinal, a gravidez gera a vida e aqui também se encontra toda a simbologia atribuída à ela. A autora salienta que fazer o ultrassom obstétrico não é o mesmo que fazer uma ecografia para investigar um câncer em algum órgão. Em outras palavras, apesar de serem investigativas, as ecografias terão reflexos diferentes nas pessoas justamente pelo o que está sendo examinado.

Chazan observa em seus dados que a entrega de más notícias não segue um padrão, visto que há médicos que comunicam em tempo real o achado à gestante e outros que comunicam diretamente ao obstetra da mulher. Além disso, os ultrassonografistas utilizam recursos diferentes para lidar com a situação de más notícias. Uma estratégia observada pela autora é a de mostrar em primeiro lugar os aspectos normais do feto, para depois falar do problema. Cabe salientar que a entrega de más notícias também passa pelo (re)conhecimento da gestante às imagens fetais, ou como Chazan (2007) nomeia, “socialização visual das gestantes” (p. 135).

Em relação à entrega de más notícias, Chazan (2007) diz que o ultrassom pode antecipar a tomada de conhecimento acerca de problemas antes vistos somente ao nascer. Por essa razão, também se torna questionável até que ponto esse reconhecimento ajuda ou atrapalha no processo gestacional na medida em que não há, na maioria dos casos, decisões a serem tomadas, como já tratamos no capítulo 2.

A autora dedica um capítulo inteiro de seu livro para falar da *espetacularização* vinculada ao exame. Chazan (2007) explica que o exame possui certa ambiguidade na medida em que avalia/diagnostica e, ao mesmo tempo, reforça o vínculo entre mãe e bebê (caráter “não médico”), o que seria o benefício “psicológico” do exame e também uma prática de incitação de consumo, como ressalta a autora.

Ao tratar da espetacularização, Chazan (2007) compara os ultrassons realizados no Brasil com os exames realizados no EUA, e revela que aqui no país há diferenças significativas, principalmente em relação ao profissional que o faz (técnico lá e médico aqui). Nos EUA, o exame torna-se mais técnico, muito próximo de qualquer outro tipo de exame.

Em ambos os países há a prática de mostrar o bebê, que envolve a decodificação das imagens fetais mostradas na tela. A faceta médica e de entretenimento também ocorrem nos dois países, mas em momentos diferentes. No Brasil parece ocorrer tudo ao mesmo tempo, enquanto nos EUA são momentos nítidos e delimitadamente separados, inclusive em horários agendados separados, como no caso de ver o sexo do bebê.

O trabalho de Chazan (2007) tem contribuição valiosa para as pesquisas sobre o exame de ultrassom na medida em que revela uma realidade sobre sua realização: a espetacularização e, conseqüentemente, a comercialização do exame como um produto, não mais como exclusivamente um exame de diagnóstico.

É importante destacarmos que os estudos aqui discutidos enfatizam o lado positivo da gestação para as mulheres, mesmo em casos de adversidades. E sobre o lado bom do ultrassom para as mulheres em relação à aproximação com o feto e à realização da maternidade como algo concreto e maravilhoso, cremos que muitas gravidezes não são planejadas e menos ainda desejadas pelas gestantes, as quais podem ter reações, sensações e sentimentos manifestados de formas distintas às gestantes dos estudos acima descritos (MOLANDER; ALEHAGEN; BERTERÖ, 2010; GOMES; PICCININI, 2010). Outro aspecto digno de uma discussão mais aprofundada são as gravidezes com anomalias, ou seja, gestações com situações atípicas, em que se manifestam problemas referentes ao bebê e/ou à gestante. Dessa forma, não é possível fazermos generalizações acerca das gestações, menos ainda das gestantes e de seus sentimentos, visto que a experiência tende a ser diferente para cada mulher.

Na próxima seção, trataremos de duas pesquisas realizadas fora do Brasil com o uso de gravação em áudio e vídeo do exame, metodologia de coleta e análise de dados que se aproxima mais do nosso trabalho.

2.2.2 Revelações de Dados Naturalísticos

Em busca de pesquisas interacionais desenvolvidas sobre o ultrassom, tivemos a surpresa de encontrar dois trabalhos com o uso de gravação em áudio e/ou vídeo dos exames obstétricos: um no Japão (NISHIZAKA, 2011), com o aporte teórico-metodológico da Análise da Conversa, na área das Ciências Sociais, e outro na Dinamarca (BUSCHER; JENSEN, 2007), por meio da perspectiva da Etnometodologia, mesclando as áreas da Saúde e da Informática.

Com a proposta de discutir a inovação *técnica-social*¹⁸ e uma *computação palpável*¹⁹ para os interagentes na ultrassonografia, Buscher e Jensen (2007) explicam que o ultrassom, desde sua expansão como exame em 1940, interage com a prática de diagnóstico e com as experiências culturais da gravidez e da paternidade, ou seja, tem duplo papel: diagnosticar e proporcionar momentos importantes, negativos ou positivos, para gestantes e companheiros. O interesse pela tecnologia na saúde vem da formação das autoras: ambas são membras de uma equipe de profissionais da saúde de um hospital na Dinamarca, mas também atuam como cientistas da computação e etnógrafas.

As autoras apontam algumas mudanças ocorridas na parte técnica-social referente ao ultrassom, ligadas, principalmente, à evolução do exame, que se tornou cada vez mais realista com as imagens 3D e 4D, transformando “o feto em pessoa com emoções, traços e direitos²⁰” (p. 23, tradução nossa); também são fortemente atreladas à expansão e ao alcance da medicina e do exame nos cuidados de pré-natal, melhorando a qualidade dos atendimentos. A outra razão apresentada para a mudança vem, segundo Buscher e Jensen (2007), da promessa de tornar as tecnologias de imagem mais fáceis de compreender, usar e controlar, entrando, então, na proposta de uma computação palpável.

Nas palavras das autoras, “computação palpável é uma nova iniciativa de projeto que prevê as tecnologias onipresentes cujas possibilidades são claramente disponíveis aos sentidos, ou ‘palpáveis’ e, portanto, mais facilmente apropriáveis²¹” (2007, p. 24, tradução nossa). Com isso, elas explicam que uma computação palpável pode aumentar as práticas de tratamento e compreensão da gravidez, contudo, as autoras ponderam que o processo de mudanças das técnicas sociais é difícil de ser aceito. A proposta das autoras é averiguar como essas mudanças ocorrem na prática.

Para o estudo, as autoras acompanharam uma enfermeira que atua como ultrassonografista e um casal que realizou o exame. Semelhante ao local de coleta de nossos dados, a sala de exames do estudo também possui uma tela disposta em frente à gestante, onde as imagens da tela do médico são com ela compartilhadas.

A partir da interação, Buscher e Jensen revelam e destacam a partir dos dados o poder que a linguagem tem na personificação do feto para a gestante e seu companheiro, salientando que o ultrassom é semelhante a uma janela vista por diferentes pontos de vista. A enfermeira

¹⁸ socio-technical innovation.

¹⁹ palpable computing.

²⁰ The foetus as a person with emotions, traits and rights.

²¹ Palpable computing is a new design initiative that envisages ubiquitous technologies whose affordances are clearly available to the senses, or ‘palpable’, and therefore more easily appropriated.

utiliza-se de uma linguagem que distancia em certa medida o feto “como um objeto de um exame clínico²²” (BUSCHER; JENSEN, 2007, p. 27, tradução nossa).

Além da personificação do feto, as autoras explicam que o exame de ultrassom ajuda na construção de um corpo transparente, onde tudo pode ser visto. Buscher e Jensen (2007) mostram em um excerto como isso ocorre, revelando também como não há uma explicação para a situação exposta. A enfermeira começa o exame relatando que a bexiga da gestante está muito cheia, contudo, ela não nomeia o órgão como bexiga, mas exclama “você precisa fazer xixi”. Com isso, as autoras dizem que há explicitamente um acesso total ao interior da mulher que revela tudo, mas, ao mesmo tempo, há uma omissão do papel que o estado daquele órgão desempenha naquele momento, ou seja, não há uma explicação sobre a importância das consequências da bexiga cheia naquele momento para o exame.

As autoras também observam no decorrer da interação como se dá o processo de interação entre as pessoas e a matéria, que seriam as imagens intrauterinas reveladas pelo ultrassom. A enfermeira, por exemplo, produz metáforas para mostrar os movimentos do feto, esclarecendo as imagens borradas que são compartilhadas por todos na sala de exame. Essa decodificação das imagens pela ultrassonografista, que integra as pessoas à matéria,

evidencia que os níveis de palpabilidade, ou a consciência e controle das pessoas sobre as interações com a matéria, não dependem somente dos estímulos disponíveis em um sistema sensorial, mas também de competências adquiridas no “letramento”, que permitem às pessoas registrar tais estímulos e torná-los significativos²³ (BUSCHER; JENSEN, 2007, p. 28, tradução nossa).

A decodificação das imagens passa pelas instruções, assim chamadas pelas autoras, que revelam o que está sendo visto através da sonda, como “aqui está a cabeça”, seguido normalmente de uma resposta: “sim” ou “mhm”. Buscher e Jensen (2007) apontam que as declarações feitas pela enfermeira revelam características de comentário *online*, que é a observação feita pelo médico no momento de um exame físico, revelando o que está vendo, sentindo ou ouvindo ao paciente (HERITAGE; STIVERS, 1999). As autoras, contudo, dizem que, diferente do comentário *online* realizado no exame físico que não exige uma resposta do paciente, visto que não há compartilhamento do que o médico está observando, o comentário

²² The fetus as the object of a clinical examination.

²³ This highlights that levels of palpability, or people’s awareness of and control over interactions with actants, depend not only on the ‘stimuli’ available to one’s sensory system, but also on acquired ‘literacy’ skills that allow people to register such stimuli and make them meaningful.

durante o ultrassom tem caráter instrutivo e exige uma resposta, visto o compartilhamento das imagens do exame.

Apesar de seu caráter instrutivo, as autoras verificam ainda que o comentário *online* nem sempre é suficiente para tornar significativo o que é visto na tela. Como exemplo disso, elas mostram que em determinado momento do exame, a enfermeira menciona que a perna está sendo visualizada, porém, na tela, o que se vê é o cursor em um espaço vazio e escuro, sem ser possível a identificação de que ali estaria a perna do bebê. Em resposta a esse comentário, verifica-se o silêncio da gestante e de seu acompanhante. Buscher e Jensen afirmam que é a partir da conversa estabelecida (imagens na tela e ações dos participantes) entre os interagentes que o bebê e sua personalidade são formados. Mais ainda, é por meio da conversa que os participantes revelam o quanto estão se entendendo em relação à palpabilidade, ou acessibilidade, do exame. As autoras citam que tanto o que é dito (ou ausente) quanto o que é visto (i.e. olhares e gestos) refletem o nível de compreensão e permitem a enfermeira a “adaptar a sua maneira de fazer o bebê visível aos pais²⁴” (2007, p. 30, tradução nossa).

Ainda sobre a prática de ver o bebê, Buscher e Jensen colocam que há duas visões estabelecidas durante o exame: a visão médica e a visão social. Essas visões acabam fundindo-se durante o exame, visto que a gestante e seu companheiro participam da visão médica, mesmo sem o conhecimento médico necessário, e a enfermeira também participa na visão social do feto. Em outras palavras, gestante e acompanhante compartilham a visão das imagens *fetais* do exame com a enfermeira, e ela, por sua vez, compartilha a visão das imagens do *bebê* com eles.

Nas discussões sobre os resultados encontrados, Buscher e Jensen afirmam que, na linha de investigação da interação humano-computador, o êxito na produção cultural e material da gravidez depende da capacidade de adaptar os recursos discursivos que permitem às pessoas de forma, muitas vezes, inconsciente, registrar e orientar-se para as questões de interesse. Contudo, as autoras ponderam que para isso é importante que as pessoas sejam capazes, principalmente, de compreender e controlar as tecnologias proporcionadas a elas.

Nesse sentido, a acessibilidade das pessoas à tecnologia, no que condiz à ultrassonografia e à obstetrícia, deve permitir o entendimento do humano à máquina. Esse processo se dá através de uma computação palpável, que proporciona às pessoas meios para traduzir e amplificar os processos tecnológicos (BUSCHER; JENSEN, 2007). As autoras

²⁴ to tailor her way of making the baby visible for the parents.

ainda dizem que no processo de interação entre a pessoa e a matéria, apesar de o primeiro ser sensível à organização sequencial no sentido do engajando, o desenvolvimento dos processos materiais também segue uma organização sequencial na medida em que uma coisa leva à outra durante o exame (medidas, verificações, etc.). Assim, Buscher e Jensen afirmam que uma interação computacional *reflexiva* é possível quando as pessoas conseguem perceber essas ações decorrentes da matéria. Em outras palavras, quando as pessoas conseguem acompanhar o que acontece no decorrer do exame e dar sentido ao que veem, a interação entre a máquina e o ser humano ocorre.

Quanto à habilidade dos participantes em decodificar o exame, Buscher e Jensen dizem que mesmo que a enfermeira, a gestante e seu acompanhante vejam a mesma tela e as mesmas imagens, somente a profissional aprendeu a registrar e interpretar aquelas imagens borradas. Por essa razão, as autoras acreditam que uma computação palpável também passe por diferentes habilidades de letramento, ou seja, de ensinar os participantes durante o exame sobre o que está sendo visto e ouvido. Além disso, as autoras também argumentam que a compreensão das imagens do ultrassom não precisa passar por um estudo técnico aprofundado, basta a habilidade de instrução do profissional no momento do exame, encontrando estratégias que possam traduzir os borrões da tela à gestante. Conforme Buscher e Jensen, a “computação palpável deve apoiar a aprendizagem e a experimentação²⁵” (2007, p. 33, tradução nossa).

Em certa medida, a pesquisa de Nishizaka (2011) também envolve a tecnologia do exame, visto que se volta para a importância da tecnologia integrada ao desenvolvimento da interação durante o exame. O autor investiga a orientação dos participantes da interação para a integração entre o corpo da mulher e a imagem obtida pelo monitor no qual a imagem do feto é reproduzida. O estudo, que foi realizado por meio do aparato teórico-metodológico da Análise da Conversa, explora “alguns aspectos da organização sequencial em que um ultrassom fetal é organizado em tempo real²⁶” (p. 309, tradução nossa).

Os dados da pesquisa são provenientes de consultas de pré-natal em uma clínica especializada em ginecologia e obstetrícia, onde o ultrassom constitui a última etapa da consulta. Diferentemente dos exames que gravamos, nos dados de Nishizaka há uma única tela, que é a do aparelho de ultrassom, onde médico, ou parteira, e gestante visualizam as imagens. No Japão, segundo Nishizaka, mais do que em qualquer outro país, o exame é realizado de forma excessiva durante a gestação, sem nenhuma regulação médica.

²⁵ Palpable computing should support learning and experimentation.

²⁶ Some aspects of sequence organization in which an ultrasound real-time fetus is organized.

Nishizaka (2011) reforça que o propósito oficial dos exames de ultrassom durante o pré-natal é o de examinar o feto e o útero da mulher para investigar possíveis anormalidades. Conseqüentemente, o que ocorre é a demonstração por profissionais da saúde das normalidades do desenvolvimento uterino e fetal para as mulheres grávidas. Isso envolve uma integração entre a imagem gerada na tela e o corpo da mulher, conforme o autor explica, pois o médico não apenas mostra a imagem na tela, mas a relaciona com o corpo da gestante. Essa integralidade entre o corpo da mulher e as imagens fetais constitui, para o autor, um problema de ordem prática para os participantes.

A demonstração da normalidade (ou anormalidade) fetal é constituída de sequências, daí o caráter interacional do exame. Nishizaka (2011) assegura que o ultrassom possui uma organização sequencial, constituída de uma sequência núcleo chamada de *sequência de identificação*²⁷. A primeira ação dessa sequência é chamada de convite à diferenciação²⁸, que parte do médico à gestante, como, por exemplo, “Esta é a boca, **você consegue ver?**” (grifo nosso). Em outras palavras, é um convite à gestante para identificar as imagens do feto na tela do exame. O autor diz que, nessa ação, há, normalmente, uma sincronização entre o gesto (apontar para a tela) e a fala (nomear a parte fetal). Assim, a pergunta abre um par adjacente pergunta-resposta, que solicita um fechamento, a ser feito pela paciente.

A segunda ação, ou seja, a resposta para a primeira parte do par adjacente, provê, normalmente, um reconhecimento da imagem na tela. Essa resposta afirmativa segue o padrão de resposta mínima, como *mhm*, *mm*, etc. Quando há ausência de resposta, esse padrão é quebrado, e o médico demonstra interacionalmente perceber isso através da reformulação de sua fala (NISHIZAKA, 2011).

Além da resposta afirmativa e da ausência de resposta, Nishizaka (2011) revela que há uma possível sequência inserida durante o exame, que a própria gestante pode gerar ao tentar responder a primeira parte do parte adjacente ao médico. Essa sequência inicia quando a gestante pergunta se a imagem vista por ela na tela é realmente o que ela imagina que seja, como, por exemplo, “Aquele é o pezinho, doutor?”. O autor nomeia essa sequência como *sequência de confirmação*.

Nishizaka (2011) enfatiza a importância da interação entre médico e gestante para que o exame seja realizado e, assim como Buscher e Jensen (2007), trata das habilidades para entender e decodificar as imagens na tela. O autor afirma que a gestante, mesmo não tendo os

²⁷ differentiation sequence.

²⁸ Invitation to differentiation.

conhecimentos técnicos, tem a oportunidade de intervir na trajetória do exame devido, principalmente, à organização interacional do ultrassom. Segundo ele,

se há um breve silêncio após um convite à identificação, a ausência de resposta da gestante é perceptível, e o profissional de saúde, muitas vezes, persegue a resposta, por exemplo, repetindo o convite à identificação. Assim, a demonstração de ultrassom não é uma conquista unilateral do profissional de saúde, mas sim uma realização conjunta com a gestante²⁹ (p. 328, tradução nossa).

Por fim, Nishizaka (2011) conclui que o feto mostrado no ultrassom em tempo real é um objeto construído e organizado localmente na interação. Assim, o autor corrobora o que Chazan (2003) chamou de “antecipação do nascimento”, quando afirma que o feto visto pelo ultrassom é um ser social, pois está disponível, mesmo antes de nascer, para a visualização pública, marcando sua entrada no mundo, para além do ventre materno (NISHIZAKA, 2011).

As pesquisas revisadas nesse capítulo sob a ótica não-interacional (DRAPER, 2002; EKELIN et al., 2004; MITCHELL, 2004; GUDEX; NIELSEN; MADSEN, 2006; LALOR; BEGLEY, 2006; CHAZAN, 2007; MOLANDER; ALEHAGEN; BERTERÖ, 2010; GOMES; PICCININI, 2007; 2010; AHMAN; RUNESTAM; SARKADI, 2010) apontam que o exame de ultrassom obstétrico apresenta duas facetas: uma referente ao diagnóstico, própria de todo e qualquer exame; e outra de cunho social, proporcionada pelas imagens em tempo real do feto, que envolve mães, pais e médicos na construção social do bebê. Esses trabalhos também apontam que a falta de informações sobre o exame obtidas pelas gestantes reforça ainda mais seu caráter não-médico, podendo culminar na espetacularização do ultrassom (CHAZAN, 2007).

Já as pesquisas de cunho interacional aqui revisadas (BUSCHER; JENSEN, 2007; NISHIZAKA, 2011) evidenciam que a tecnologia do ultrassom proporciona a visibilidade interna do corpo feminino, que ocasiona a interação não só entre médico e gestante, mas entre participantes, exame (imagens) e matéria. Essa interação ocorre por meio da decodificação das imagens (do médico para os participantes), processo que passa pela linguagem (BUSCHER; JENSEN, 2007). A interação entre médico e gestante oportuniza mais voz à gestante, visto que é a partir da organização interacional do exame, ou ainda, das sequências em que o médico convida a gestante a expressar-se, confirmando ou não o que está vendo, por

²⁹ If there is a brief silence following a differentiation invitation, the absence of the pregnant woman's response is noticeable and the healthcare professional often pursues the response, for example, by repeating the differentiation invitation. Thus, the ultrasound demonstration is not the healthcare professional's unilateral achievement, but rather a joint achievement with the pregnant woman.

exemplo, que a gestante pode intervir na trajetória do ultrassom (NISHIZAKA, 2011). Entendemos que a perspectiva analítica do estudo de Nishizaka aproxima-se da pesquisa que propomos quando aborda o exame sob um olhar interacional.

Nesse capítulo foi apresentado um panorama de pesquisas realizadas tendo o ultrassom como plano de fundo, com dados obtidos por meio de entrevistas, observações e gravações do evento em si. No próximo capítulo apresentaremos nossa metodologia de pesquisa, explicando em detalhes como se deu o processo de coleta de dados e como são os aspectos éticos e analíticos que permeiam nosso trabalho.

3 METODOLOGIA

Ao trabalharmos com o aparato teórico metodológico da Análise da Conversa, a gravação de interações em eventos reais de fala, tanto em áudio quanto em vídeo, é fundamental para as análises posteriores. Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi necessária a entrada em campo para a geração de dados de interações entre médicos e gestante durante o exame de ultrassom obstétrico. A metodologia proposta a seguir revela como foi realizada essa coleta, qual o perfil dos participantes envolvidos, quais os aspectos éticos permeiam pesquisas dessa ordem e como será a análise dos dados.

3.1 Coleta de Dados: a entrada em campo e os métodos utilizados

As negociações com possíveis locais para coleta de dados (i.e. naquele momento, hospitais apenas) iniciaram em março de 2012, mas o trabalho em campo (observações e geração de dados) começou em dezembro de 2012 efetivamente, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos. Cabe, portanto, salientar que a clínica com a qual estabelecemos o vínculo não foi a primeira com quem negociamos nossa entrada em campo; outros dois hospitais da região sul do país foram cogitados e foram também iniciadas as tentativas com eles.

Durante o primeiro semestre de 2013, as interações entre médico e gestante durante o exame de ultrassonografia obstétrica foram gravadas em uma clínica da região sul do país, que presta serviços de ultrassom (não somente obstétrico), localizada em um centro especializado; mais especificamente, é um serviço terceirizado dentro de um grande centro especializado em exames e diagnósticos de imagens. A clínica realiza atendimentos privados – planos de saúde e particulares – e, eventualmente, atendimentos pelo Sistema Único de Saúde.

Como já mencionado anteriormente, as gravações em áudio são essenciais para o desenvolvimento de qualquer trabalho em nossa área e, em nosso estudo particularmente, também o vídeo das interações torna-se uma ferramenta indispensável, visto a importância de compreender o que está sendo compartilhado visualmente pelos participantes. Por isso, fez-se necessário que as interações entre médico/a, gestantes e acompanhantes durante o exame de ultrassom tivessem a gravação simultânea em vídeo, ainda que apenas das imagens fetais projetadas na tela e acessíveis à gestante. O vídeo também auxilia no trabalho de transcrição dos dados, pois nos possibilita visualizar o que é mencionado por médicos e gestantes através dos dêiticos.

É propício esclarecer que, nas pesquisas que desenvolvemos em Análise da Conversa, o uso de gravações do evento no momento em que ocorre, como em uma consulta médica, subentende dados naturalísticos, ou seja, os dados não foram “desenhados” para um fim de pesquisa. Assim, assumimos que, em princípio, esses dados não sofrem a intervenção e/ou influência (pelo menos, não deliberada) das pesquisadoras envolvidas na coleta. A intervenção e/ou influência limita-se a nossa presença como observadoras e ao uso de equipamentos de captação de imagem e áudio.

Tentamos, como observadoras do evento, nos distanciar da interação com os participantes, não participando delas, ou seja, ausentando-nos, o quanto isso seja possível, do desenvolvimento da conversa, permanecendo discretamente no local. No caso da clínica pesquisada, os médicos já estavam habituados com a nossa presença e agiam, desde as observações iniciais, ainda sem o uso do equipamento, de acordo com as suas agendas. Sobre as gestantes e seus acompanhantes não podemos afirmar que agiam sempre da mesma forma, visto que não houve um acompanhamento de uma mesma mulher durante vários exames. Contudo, nenhum fato extraordinário, que pudesse ser considerado diferente na rotina do exame, foi observado.

3.2 O Olhar da Pesquisadora sobre o Local de Coleta

O processo de coleta teve o acompanhamento direto de pelo menos uma das membras (bolsistas de graduação ou pós-graduação) do grupo de pesquisa da Profa. Ana Cristina Ostermann em cada turno de visitação ao local (manhã e tarde). Nos primeiros três meses, a coleta foi realizada apenas por mim uma vez por semana durante um único turno (manhã ou tarde). Depois desse período, pelo menos mais duas pesquisadoras geraram dados durante a semana, em diferentes turnos. Contudo, as descrições que serão feitas do local e dos participantes são aqui apresentadas sob a minha ótica. As observações foram realizadas concomitantemente com a gravação do áudio do exame, mas, inicialmente, as observações foram apenas para acompanhamento e adaptação ao local de coleta, para que fosse possível descrever detalhadamente esse local.

Realizar o trabalho de observação, produzindo notas de campo descritivas sobre o que se vê e ouve, é uma tarefa repleta de dificuldades, visto que deve haver um distanciamento entre o *descrever* e o *julgar* (atitudes, conversas, etc.) (EMERSON; FRETZ; SHAW, 1995). Em outras palavras, tudo que é descrito deve estar distante de pré-julgamentos da pesquisadora, que estão baseados em aspectos subjetivos que refletem o

próprio modo de vida que cada pessoa leva no que julga estar certo ou errado. É necessário, assim, descrever as ações e as palavras do outro, distanciando-se de julgamentos de valor.

As anotações feitas a partir das observações são resultados de notas mentais de detalhes e expressões (EMERSON; FRETZ; SHAW, 1995), principalmente durante o exame, e de pequenas notas de palavras, frases ou diálogos (EMERSON; FRETZ; SHAW, 1995), principalmente antes e depois do exame. Essa mescla de modos de tomar nota é fruto de diferentes momentos em campo, pois nem sempre é possível estar com um caderno em mãos escrevendo, como, por exemplo, durante o exame em si, em que eu estava sempre segurando um gravador. Desse modo, as notas dependem de um lugar e momento oportuno para serem produzidas.

Conforme Emerson, Fretz e Shaw (1995), as notas de campo são produtos feitos a partir das experiências vividas em tempo real em campo e/ou obtidas também por outros informantes do próprio local. As descrições aqui apresentadas são baseadas principalmente no que foi visto quando eu estava na clínica nos momentos de gravação dos exames, com dois focos diferentes: descrever o local, seus participantes e sua rotina, e, em um segundo momento, descrever, já em contato com a gestante, acompanhantes e médico no próprio evento (exame), fatos e impressões que o áudio não capturou. Esse segundo foco descritivo estará presente com mais ênfase na análise de dados para contextualizar o exame, já a descrição do local será feita a seguir.

3.2.1 O Local de Geração de Dados

A clínica de ecografias em questão localiza-se em um prédio com idade aproximada de menos de 10 anos, com mais de sete andares e dois subsolos. Nesse prédio funcionam, nos andares superiores, vários consultórios de diversas especialidades, entre elas, ginecologia e obstetrícia. Nos dois subsolos, há laboratórios de coleta e análise de material (e.g. sangue), clínicas que realizam exames de diversas ordens, como ultrassom, tomografia, eletrocardiograma, ressonância, entre outros, e outras que realizam tratamentos para doenças como câncer (e.g. quimioterapia).

Já na entrada do prédio encontram-se duas farmácias, uma cafeteria e uma recepção, local em que as primeiras orientações/informações são dadas e alguns exames podem ser agendados. A clínica de ultrassonografia se encontra em um dos subsolos do prédio, junto a outras clínicas, que fazem outros tipos de exames, como mencionado acima. Ao entrar no

subsolo, há uma recepção com, em média, cinco atendentes, que agendam e encaminham as pessoas para os exames de ultrassom, além de prestarem outras informações. Essa recepção, portanto, atende exclusivamente aos usuários da clínica de ultrassom, visto que as demais clínicas do mesmo andar têm recepções próprias e menores.

A sala de espera da clínica de ultrassom é a maior entre as demais devido, acreditamos, à demanda de atendimentos. Em média, há 25 pessoas ao mesmo tempo esperando serem chamadas para a realização do ultrassom ou à espera de seus laudos, dentre elas, gestantes e seus acompanhantes. Essa ampla sala de espera conta com grandes sofás estofados, poltronas individuais e cadeiras, além de ar condicionado, televisão, água e uma máquina de café (pago pelos usuários).

A clínica de ultrassom ainda possui uma pequena recepção destinada a gestantes e seus acompanhantes, denominada *Espaço momento único*, equipada com três poltronas e um monitor em LCD de 21 polegadas que reproduz simultaneamente as imagens da ecografia (apenas de uma das salas onde é realizado o ultrassom) para os acompanhantes que ficarem aguardando a gestante do lado de fora. Este espaço tem uma divisória de vidro com a imagem de uma gestante e três “fotos” de ecografias. A ideia da criação do “cantinho” foi do próprio responsável pela clínica, que restringiu o acesso de apenas um acompanhante por exame, pois antes a superlotação da sala tumultuava a realização da ultrassonografia. Dessa forma, essa antessala torna-se um espaço destinado aos acompanhantes que não puderam participar do exame, mas que ainda assim poderão ter acesso apenas às imagens (sem o áudio). Pude presenciar que algumas pessoas ficavam posicionadas em frente à tela, de pé, tentando “adivinhar” o que as imagens significavam. Sem o áudio, ou seja, sem as explicações do médico, não era possível, para um leigo, entender a compatibilidade dessas imagens borradas em relação ao corpo do bebê.

Os exames de ultrassom obstétrico são realizados em três salas pequenas, todas equipadas com uma poltrona (para o acompanhante), uma cama, o aparelho de ultrassom, uma cadeira (para o médico) e uma TV em frente à gestante, que reproduz as imagens do exame. Apenas uma dessas salas está também equipada com um aparelho de DVD, unido a um computador portátil pequeno (netbook), que grava em áudio, tanto os sons captados no exame (e.g. batimentos cardíacos do bebê) quanto a fala do médico, e vídeo o exame caso a gestante pague R\$50,00 por este serviço extra. Quando a gestante realiza uma ecografia 3D, o DVD já está incluso no valor pago pelo exame (em torno de R\$360,00).

A minha parte de geração dos dados, como já mencionado, realizei uma vez por semana com apenas um médico, que previamente havia nos autorizado a acompanhá-lo nos

exames. Nesse dia, eu recebia a agenda do médico para que fosse possível verificar quais os tipos de exames que seriam realizados e quais os nomes das gestantes. Nunca tive uma tática de abordagem, mas sempre preferi esperar que elas fossem chamadas ao balcão da recepção para depois ir até elas quando sentadas para abordá-las e explicá-las, ou explicar-lhes, em caso de acompanhantes, a pesquisa. Era nesse momento também que a gestante, se de comum acordo com a pesquisa, assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando-nos a acompanhá-la e gravar o exame na sala.

Surpreendeu-nos a adesão à pesquisa pelas gestantes. Poderíamos até supor problemas quanto a esse aspecto por não sermos da área da saúde e estarmos diante da exposição dos corpos seminus das mulheres durante o exame. Contudo, a negação da participação na pesquisa pouco ocorreu, cerca de apenas 10% das abordagens empreendidas. As gestantes que recusaram o fizeram principalmente com a justificativa de serem tímidas e quererem preservar o momento íntimo apenas entre familiares. Houve também situações em que a negação se deu por decisão do companheiro da gestante.

Em uma das conversas informais que tive com um dos casais abordados, o companheiro da gestante posicionou-se sobre a questão da comunicação entre médico e paciente, relatando que nem sempre a linguagem utilizada pelo profissional da saúde é a mais “adequada” para que a gestante, no caso específico do ultrassom, compreenda o que está sendo observado no exame. O companheiro dessa gestante também ponderou sobre a crescente procura das classes menos favorecidas a médicos antes acessados somente por pessoas de classe econômica alta, devido a grande adesão a planos de saúde de boa qualidade pelas empresas no país. Esse fator, segundo ele, pode prejudicar a interação entre médico e paciente, pois o médico nem sempre consegue atingir essas pessoas no que concerne à linguagem. Entendemos que essa colocação refere-se aos entendimentos obtidos nos atendimentos médicos, que passam pela comunicação eficaz entre os participantes. Caso não haja o entendimento, por exemplo, o paciente pode não compreender o tratamento que tem que realizar ou os resultados do seu exame. Essas observações corroboram com a perspectiva que tomamos como base para esta pesquisa, buscando a elucidação das questões de linguagem que permeiam esses atendimentos, construindo assim ações que possam contribuir para a melhoria dos atendimentos em saúde.

3.3 Dados Gerados

O resultado final da geração de dados resultou em 85 exames gravados. Dessa soma, 43 exames foram gravados apenas em áudio, 39 em áudio e vídeo e três somente em vídeo, devido a problemas técnicos, mas que, posteriormente, tiveram seu áudio extraído para transcrição. Inicialmente, os exames eram gravados apenas áudio, pois encontramos dificuldade nos locais de coleta (salas de exame) para a instalação do equipamento de vídeo. O problema foi resolvido com a utilização de um tripé especial para câmeras de vídeo e com o posicionamento adequado para o enquadre do monitor do aparelho de ultrassom.

Diferentes tipos de exames foram gravados, e a quantidade de cada tipo de exame também não tem um padrão. Essa variação não foi proposital e ocorreu devido às agendas dos médicos, que costumam ter, em média, sete exames em cada turno, e aos turnos de coleta disponibilizados pelas pesquisadoras.

Quadro 1 – tipos e quantidade de exames gravados

| Tipos de exames | Número de exames gravados |
|-------------------------|----------------------------------|
| Obstétrica transvaginal | 10 |
| Translucência nugal | 09 |
| Rastreamento múltiplo | 12 |
| Morfológica | 20 |
| Doppler colorido | 20 |
| Obstétrica simples | 12 |
| 3D | 01 |
| Perfil biofísico fetal | 02 |

Fonte: elaborado pela autora.

O exame mais complexo de ser gravado foi o ultrassom transvaginal, devido a dois agravantes. Em primeiro lugar, o exame é invasivo, visto que não é feito, externamente, pelo abdômen, gerando assim maior dificuldade e resistência tanto na abordagem das pesquisadoras quanto na adesão de participação pela gestante; em segundo lugar, o exame obstétrico transvaginal normalmente é realizado pela primeira vez entre a quinta e oitava semanas gestacionais e não raramente acaba sendo feito uma única vez, porque esse tipo de exame (transvaginal) é indicado apenas a gestantes com até 12 semanas. Assim, por também ocorrer em menor frequência, o exame tornou-se mais escasso em nossas coletas.

A duração dos exames também oscila bastante e depende do médico que o realiza. Em média, o tempo destinado aos exames é de 10 minutos. A menor duração dos exames gerados é de 3 minutos e 26 segundos e a maior duração é de 32 minutos. Cabe sublinhar que a duração também pode variar de acordo com o tipo de exame realizado (e.g. obstétrica simples versus morfológica). O tempo mais estendido é normalmente consequência de gestações gemelares, e os mais curtos são de exames obstétricos simples e de transvaginais.

Pela diversidade de exames de ultrassom coletados, a idade gestacional também não segue um padrão e oscila entre quatro e 38 semanas, ou seja, do primeiro mês até oitavo/nono mês de gestação. Todos os atendimentos gravados foram particulares ou conveniados a planos de saúde.

3.4 Participantes

A clínica de ultrassom tem um quadro amplo de médicos, pois atende uma demanda de vários tipos de ecografias, não somente obstétricas. Para a nossa pesquisa, tivemos a adesão de cinco médicos ultrassonografistas especializados em ecografias obstétricas, aqui nomeados como: Anderson, Camila, Fernando, Gabriel e Leandro. Como o número de atendimentos, ou ainda, exames, varia de acordo com o médico e com o dia, as somas de gravações não são as mesmas para cada um dos médicos cujos atendimentos foram gravados. O médico Anderson, por exemplo, tem apenas um exame gravado, e a médica Camila, seis. Ainda durante o período de coleta, o médico Fernando deixou a clínica para trabalhar em outro local. Os médicos Gabriel e Leandro concentram o maior número de atendimentos por agenda, por isso são também os médicos com maior número de atendimentos gravados ao longo de nossa geração de dados.

As gestantes participantes da pesquisa (85 no total), com base nos dados gerados, têm idade entre 18 e 43 anos, mas mais de 60% delas têm idade igual ou superior a 30 anos. Em média, 60% das gestantes têm curso superior em andamento ou completo, ou ainda, pós-graduação. Somente 10% das mulheres não estavam, à época da pesquisa, ativas no mercado de trabalho; as demais atuam em profissões diversas, como: bancária, administradora, técnica em enfermagem, contadora, professora, etc. Além disso, mais da metade das gestantes participantes da pesquisa estava em primeira gestação.

3.5 Metodologia para Análise dos Dados

A presente pesquisa utiliza o método qualitativo para a análise dos dados (HAVE, 2004; SILVERMAN, 2004), pois não buscamos analisar uma *quantidade* de fenômenos específicos, mas analisar *detalhadamente* as interações de forma a descrevê-las, caracterizá-las e explicá-las. Dessa forma, nosso trabalho não objetiva generalizações acerca dos achados de pesquisa e dos dados sobre ultrassom obstétrico, em relação ao que ocorre no mundo relacionado ao exame. Contudo, compreendemos que nossos dados têm uma validade ecológica, visto que, dentro do contexto pesquisado, esses achados, de alguma forma, serão generalizados.

Findo o período de observações e de gravações das interações, os dados de áudio foram transcritos e revisados por pares através do modelo proposto por Jefferson (1984), adaptado e revisado pelo grupo de pesquisa *A Fala-em-interação em contextos Institucionais e Não-Institucionais* do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, da Unisinos. Todas as membras do grupo de pesquisa ajudaram na transcrição desses dados. Por meio do sistema de transcrição utilizado pelo grupo foi possível preservar características da fala importantes para análise, como determinados tipos de entonação, pausas, ênfases e outros (PSATHAS, 1995). Assim, as transcrições geradas com base nos áudios e vídeos são as mais fiéis possíveis ao evento real. Como já mencionado, os dados gravados também em vídeo da tela com as imagens do exame que fica disponível às pacientes e acompanhantes nos auxiliaram a analisar e compreender os assuntos tratados durante os atendimentos, já que todos os participantes orientam-se para as imagens ali projetadas.

3.5.1 Análise da Conversa: o estudo da fala-em-interação

Ao fim do trabalho de gravação e transcrição dos dados, a análise das interações foi realizada por meio do aparato teórico-metodológico da Análise da Conversa (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974), visto que o foco dessa pesquisa é mostrar as ações e as práticas interacionais desenvolvidas por médicos e gestantes durante o ultrassom, revelando, assim, aspectos de ordem micro (e.g. orientação dos participantes) e macro (e.g. parto normal ou cesáreo).

Nesta perspectiva metodológica de análise, o objeto estudado é a fala, considerada a principal atividade na vida social das pessoas, pois é por meio dela que as pessoas executam suas

atividades diárias, como pegar o ônibus, solicitar um depósito no banco, comprar um lanche, ou, simplesmente, cumprimentar um colega de trabalho. A Análise da Conversa trata mais especificamente da “análise sistemática da fala produzida em situações de interação humana do dia a dia: a fala-em-interação³⁰” (HUTCHBY; WOOFFITT, 1998, p. 13, tradução nossa).

A conversa, antes pensada como desorganizada e caótica, a partir dos anos 1960, passou a ser vista sob uma nova perspectiva, pois Harvey Sacks, professor de Sociologia da Universidade da Califórnia, entre 1964 e 1972, em colaboração com Emanuel Schegloff e Gail Jefferson, propôs estudar a forma pela qual ela é organizada e, conseqüentemente, olhar para a sua estrutura. Ressalta-se que a perspectiva analítica interacional da conversa formulada por Sacks tem como fonte inspiradora o trabalho etnometodológico de Harold Garfinkel (1967) a respeito da noção de compartilhamento de entendimento que existe entre os indivíduos na sociedade, na qual qualquer ação, seja ela conflituosa, como uma discussão, ou cooperativa, como um pedido de informação, é possível de ser realizada.

Heritage e Clayman (2010) apontam que a principal contribuição da Etnometodologia à AC “vem da noção de que os métodos comuns de raciocínio estão envolvidos na produção e no reconhecimento de contribuições à interação³¹” (p. 12, tradução nossa). Com isso podemos considerar que a intersubjetividade, ou seja, a construção mútua de entendimento, permeia as interações, ou ainda, que as ações que realizamos proveem de referentes comuns (GARCEZ, 2008). Garcez explica que a “intersubjetividade tem a ver com os participantes estarem ambos em um mesmo plano de entendimento quanto ao que estão fazendo em conjunto naquela juntura interacional local” (2008, p. 32). Por isso, a intersubjetividade, divergente ou convergente, é passível de análise interacional quando puder ser observada localmente, manifestada pelos interagentes num mesmo plano de entendimento, ou não, na conversa.

A teoria de Goffman (1959) também traz contribuições para o método de análise aqui proposto, principalmente quando adotamos a noção de que a “fala-em-interação é um domínio social fundamental que pode ser estudada como uma entidade institucional em si³²” (HERITAGE; CLAYMAN, 2010, p. 12, tradução nossa). Podemos dizer que a conversa tem sua própria organização interna e, por essa razão, merece ser contemplada por uma área de estudo, como tem sido feito através da AC.

³⁰ Systematic analysis of the talk produced in everyday situations of human interaction: talk-in-interaction.

³¹ Came the notion that shared methods of reasoning are implicated in the production and recognition of contributions to interaction.

³² Talk-in-interaction is a fundamental social domain that can be studied as an institutional entity in its own right.

Na medida em que a Análise da Conversa propõe estudar a conversa espontânea, natural, em interações entre falantes reais, em situações reais da vida cotidiana, seja ela institucional ou ordinária, nossos dados, dentro dessas características, nos proporcionam compreender como localmente são construídos os entendimentos entre os interagentes. As análises dessa ordem, portanto, são sempre baseadas na perspectiva êmica, ou seja, na perspectiva dos próprios interagentes.

As noções que inauguraram a perspectiva analítica da AC (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974) são fundamentais para compreender como se desenvolvem as ações de uma interação entre dois ou mais interagentes, que são constituídas por pares condicionados relevantemente entre si. Em outras palavras, a conversa é entendida como uma estrutura de turnos sequencialmente ordenados/organizados.

Alguns conceitos são essenciais para o entendimento da análise dos dados que desenvolvemos nesta pesquisa. Primeiramente, é importante definirmos *turno* como o “espaço de uma fala ou elocução em uma conversa” (OSTERMANN; SOUZA, 2012, p. 165). Os turnos tendem a ser produzidos um de cada vez, por interagentes diferentes e consecutivamente na interação. Já os *pares adjacentes* constituem-se de duas partes, ou seja, duas ações, que podem, mas não necessariamente, ser produzidas uma após a outra, por falantes diferentes. Os turnos dos pares adjacentes são ordenados e diferem-se entre primeira parte do par e segunda parte do par. Schegloff (2007) afirma que a adjacência dos pares, ou ainda, a “proximidade”, é uma das características mais eficazes na organização e compreensão da fala-em-interação.

A primeira parte de um par adjacente realiza uma *ação* que restringe uma segunda *ação* e inicia algum tipo de troca (SCHEGLOFF, 2007), por exemplo, uma pergunta ou um convite. A segunda parte vem para encerrar essa troca iniciada no turno anterior, respondendo a pergunta ou aceitando ou não o convite. Por isso dizemos que os pares adjacentes carregam a noção de *relevância condicional*, pois após a primeira parte ter sido ofertada, a segunda parte será relevante à primeira (LEVINSON, 1983).

Como mencionamos acima, as ações dos participantes da interação, bem como suas práticas, são definidoras da sequência interacional, ou seja, regem a conversa. Por essa razão, é importante que as noções de *ação* e *prática* sejam adequadamente postas em evidência. A ação na interação é o ato de fazer algo, como, por exemplo, perguntar, convidar, checar informação, etc. Em um único turno de fala, um falante pode realizar mais de uma ação (LEVINSON, 2012). A prática, por sua vez, é a maneira como o interagente realiza essa ação, que pode ser definida em termos de formato ou em termos de conteúdo (LEVINSON, 2012).

Podemos tomar como exemplo a pergunta realizada pelo médico para solicitar o motivo da consulta à paciente (ação) e as diferentes formas de fazê-la (práticas), que geram consequências (interacionais) na apresentação do problema pela paciente (OSTERMANN; SILVA, 2011).

Outros tantos fenômenos e noções interacionais da Análise da Conversa serão abordados posteriormente, quando da análise dos dados. Por ora nos deteremos em explicar na próxima seção alguns aspectos que envolvem a conversa e contexto institucionais.

3.5.2 A Fala-em-interação Institucional

Para esta pesquisa, escolhemos como objeto de investigação a interação entre médico, gestante e acompanhantes da gestante durante o exame de ultrassom obstétrico. Por isso, torna-se relevante explicar quais características a conversa institucional possui que a difere da fala ordinária, assim como qual o significado de contexto (institucional ou não) para a Análise da Conversa.

A Análise da Conversa, apesar do pioneirismo no estudo sobre a conversa institucional por meio de uma *helpline*, debruçou-se profundamente e primeiramente sobre a análise da conversa espontânea antes de continuar a avançar no contexto institucional. A conversa mundana existe e é experienciada anteriormente à conversa institucional (HERITAGE; CLAYMAN, 2010), por isso se justifica a escolha dos analistas da conversa, mas cabe a ressalva que ambas fazem parte da vida social das pessoas e que ambas são objetos de estudo da AC. Definimos a conversa mundana como “formas de interação que não estão confinadas a ambientes especializados ou para a execução de tarefas específicas³³” (HERITAGE; CLAYMAN, 2010, p. 15, tradução nossa).

Na conversa institucional, a interação geralmente vai envolver uma redução das práticas interacionais disponibilizadas pelos participantes e algumas restrições podem ser impostas pelo contexto (HERITAGE; CLAYMAN, 2010). Contudo, o contexto na perspectiva da AC não remete essencialmente ao contexto físico (e.g. consultório médico, sala de exames ou tribunal), mas sim a um contexto constantemente construído por meio da conversa, determinado pelas ações e práticas dos interagentes envolvidos (SIDNELL, 2010). Mais do que isso, a AC traz a noção de *recipient design*, que agrega à noção de contexto a relevância do interlocutor para a construção do espaço criado e destinado à interação (DREW; HERITAGE, 1992). Na verdade, para a AC, “contexto e identidade tem que ser tratados como inerentemente produzidos localmente, de

³³ Forms of interaction which are not confined to specialized settings or to the execution of particular tasks.

forma incrementalmente desenvolvida e, por extensão, como transformável a qualquer momento³⁴ (DREW; HERITAGE, 1992, p. 21, tradução nossa).

Nessa interação de cunho institucional, os participantes estão orientados para o cumprimento de um ou mais objetivos específicos e muitas dimensões da conversa tornam-se diferentes da conversa espontânea, como a tomada de turno, a organização sequencial, o formato dos turnos e as escolhas lexicais (DREW; HERITAGE, 1992). Dentre as principais diferenças entre os tipos de conversa está a organização estrutural, visto que na fala institucional essa organização é caracterizada por fases, típicas de cada contexto, e na fala cotidiana essas fases não estão frequentemente aparentes.

Sobre essa questão, Drew e Heritage (1992) sustentam que “com exceção das etapas de abertura e fechamento das conversas, que são frequentemente constituídas por meio de uma série de sequências padrão, não parece que as conversas cotidianas progridem através de uma configuração global de fases³⁵” (p. 43, tradução nossa). Além disso, as ações que integram a conversa institucional (quem pergunta, quem responde, quem avalia, entre outras) não são tão livremente intercambiáveis como na conversa cotidiana, pois as *identidades* dos falantes restringem, pelo menos, quem deve perguntar, quem deve responder e quem deve avaliar.

Refletindo sobre a interação médico-paciente, foco deste trabalho, percebemos que a conversa que emerge desse tipo de interação está associada a determinadas rotinas institucionais e a *identidades específicas* (DREW; HERITAGE, 1992; LODER; JUNG, 2009), como gestante e médico ultrassonografista, entre outras. Mas, novamente, isso não significa dizer que é o contexto físico que determina, nesse caso, as identidades dos falantes na interação (DREW; HERITAGE, 1992; LODER; JUNG, 2009). Para a Análise da Conversa, a identidade somente será conhecida e revelada no momento em que se tornar relevante na interação pelos interagentes, ou seja, no momento em que é trazida à tona por um dos interagentes.

Zimmerman (1998) reforça o conceito de identidade como um elemento do contexto para a fala-em-interação e ainda classifica três tipos diferentes de identidades: (1) identidades *discursivas*, (2) identidades *situadas* e (3) identidades *transportáveis*. A primeira delas faz parte da organização da interação, pois, conforme Zimmerman (1998), “os participantes assumem identidades discursivas ao engajarem-se nas várias atividades organizadas

³⁴ Context and identity have to be treated as inherently locally produced, incrementally developed and, by extension, as transformable at any moment.

³⁵ With the exception of the opening and closing stages of conversations, which are often shaped through a standard series of sequences, it does not appear that conversations ordinarily progress through some overarching set of stages.

sequencialmente³⁶ (p. 90, tradução nossa), como quando estão no papel daquele que narra (i.e. identidade de *narrador*), daquele que ouve a narrativa (i.e. identidade de *interlocutor* da narrativa), daquele que pergunta ou daquele que responde, entre outras tantas identidades discursivas possíveis. Assim, ao iniciarmos uma ação, assumimos uma identidade e projetamos no outro também uma identidade, que pode ser aceita ou corrigida (ZIMMERMAN, 1998). Essa identidade, segundo Zimmermann, terá o papel de orientar os interagentes para o tipo de atividade que será desenvolvida por eles, bem como seus respectivos papéis dentro da interação.

A identidade *situada* é sustentada e trazida à tona somente em determinadas situações, as quais os participantes estão envolvidos em atividades práticas que são norteadas por agendas que os orientam (ZIMMERMAN, 1998). Como já mencionado anteriormente, não é a sala de um consultório e sua mobília que fazem dos interagentes o médico e a paciente, por exemplo, mas sim as identidades que emergem na interação naquele momento e que são sustentadas por ambos os participantes.

A identidade *situada* seria, então, um identidade sustentada por uma constelação de identidades *discursivas*. Exemplificando, quando determinado interagente assume para si (e não alterna com seu interlocutor) as identidades de quem pergunta ao outro sobre seu histórico de saúde (entre outras perguntas da esfera de cuidados em saúde), de quem pode pedir ao outro que se dispa, de quem pode tocar no corpo do outro para examiná-lo, de quem pode encaminhar a interação para o seu encerramento, está provavelmente assumindo a identidade *situada* de “cuidador da saúde”. Seu interagente, por sua vez, se assumir para si as identidades *discursivas* propostas anteriormente (de responder às perguntas quanto ao seu estado de saúde, de se despir, de deixar-se ser tocado durante um exame) estará assumindo uma identidade *situada* de “paciente”.

A terceira e última identidade é a transportável, que acompanha o interagente e que pode tornar-se relevante (ou não) ao longo de qualquer interação (ZIMMERMAN, 1998). Nas palavras de Zimmerman (1998), essas identidades “são usualmente visíveis, isto é, atribuíveis ou aclamadas, baseadas em insígnias físicas ou culturais as quais fornecem as bases intersubjetivas para a categorização” (p. 91, tradução nossa), como, por exemplo, gênero, profissão, maternidade, entre tantas outras. Esse tipo de identidade poderá estar presente em qualquer interação de forma consciente por ambos os interagentes, mas nem sempre será

³⁶ Participants assume discourse identities as they engage in the various sequentially organized activities.

tornada relevante por algum dos participantes, ou seja, nem sempre um dos participantes estará orientado a essa identidade ao conversar com o outro.

Para a nossa pesquisa, portanto, o reconhecimento das identidades emergentes na interação é importante para compreender as ações desempenhadas pelos interagentes quando em diferentes identidades, como de mãe, paciente, médico, pai, companheiro, etc.

3.6 Fases da Estrutura Interacional do Evento Ultrassom Obstétrico

Na busca pela compreensão de como se dá interacionalmente o exame de ultrassom obstétrico, propomos a divisão do evento em estágios ou fases interacionais (DREW; HERITAGE, 1992), em um total de quatro que ocorrem durante a interação entre ultrassonografistas e gestantes. A divisão também colabora para o entendimento das análises realizadas, visto que situa em que momento estão acontecendo as ações dos interagentes. Esses estágios são baseados nos diferentes exames gravados, sem considerar as diferenças entre os médicos que os realizam e o tempo gestacional. Cabe ainda salientar que cada estágio da gravidez, ou ainda, cada trimestre gestacional, tem assuntos específicos que dominam a interação.

Quadro 2 – Fases interacionais do exame de ultrassom obstétrico

| Ordem da fase | Tipo de fase | Ações que ocorrem durante a fase |
|---------------|-------------------------------|---|
| Primeira fase | Saudações e <i>small talk</i> | <ul style="list-style-type: none"> a) cumprimentos iniciais à gestante e ao/a acompanhante; b) convite do médico para ver o bebê; c) questionamento do médico sobre o tipo de exame que será realizado; d) questionamentos do médico sobre a gestação: <ul style="list-style-type: none"> - sexo fetal; - fase gestacional; - preparativos da chegada do bebê, etc. |
| Segunda fase | Exame propriamente dito | <ul style="list-style-type: none"> a) apresentação da atual posição do bebê: <ul style="list-style-type: none"> - “está de cabeça pra baixo”; - “está sentado”; - “está com o dorso para o lado direito ou esquerdo”; - “está olhando para as tuas costas” (bebê está virado para de costas), etc. b) explicação sobre o tipo de exame (quais as especificações do exame que está sendo realizado); c) decodificação das imagens compartilhadas; d) verificação das medidas e outros parâmetros do exame; e) entrega de algumas verificações: <ul style="list-style-type: none"> - frequência cardíaca; - peso (depende da fase gestacional); - comprimento (depende da fase gestacional); - medidas como a translucência nugal; |

| | | |
|---------------|-------------------------|---|
| | | - semanas gestacionais, etc. f) conversas paralelas à agenda do exame, quase sempre trazidas pela gestante: - queixas de dor; - resultados de exames; - internações ou intervenções durante o período gestacional, etc. |
| Terceira fase | Finalização do exame | a) entrega da medida de peso; b) avaliação geral sobre o exame; c) recomendações gerais para próximos retornos. |
| Quarta fase | Fechamento da interação | a) agradecimentos e/ou despedida. |

Fonte: própria autora.

A análise de dados debruçar-se-á sobre uma seleção de excertos de exames de primeiro trimestre e, mais profundamente, de terceiro trimestre. Assim, além das fases acima propostas, ainda podemos esmiuçar os assuntos tratados nessas fases gestacionais, que são diferentes em que cada um dos trimestres. Importante frisar que os assuntos-destaque em cada fase foram observados com maior ênfase nos exames durante o segundo estágio, momento em que as imagens do feto são compartilhadas pelo médico e pela gestante, com produção de comentários pelo médico.

No primeiro trimestre, o principal assunto é a vitalidade e continuidade da gestação, pois há risco de abortos espontâneos durante as primeiras 12 semanas por diversos motivos. Já no segundo trimestre, o assunto principal passa a ser a formação física do feto. No último trimestre, o assunto que também gera preocupações e dúvidas manifestadas pelas gestantes é o posicionamento do bebê e seu peso, que tem papel importante em caso de prematuridade.

3.7 Aspectos Éticos

Antes de iniciar a coleta de dados, o projeto desta pesquisa tramitou no Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos e foi aprovado sem ressalvas no final do mês de novembro de 2012. Todas as gravações em áudio e vídeo foram devidamente autorizadas pelos médicos e pelas gestantes, de forma voluntária, e a todos que aceitaram participar da pesquisa foram garantidos o anonimato e a possibilidade de desistirem da gravação, sem que isso implicasse algum tipo de punição, menos ainda alguma influência no exame. Não se cogitou fazer captações de imagens em vídeo dos/as participantes envolvidos/as no exame ou mesmo de quaisquer partes dos seus corpos. Essa preocupação que tivemos desde o início no projeto que tramitou pelo comitê foi também esclarecida no *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE).

Quando abordávamos as gestantes e seus acompanhantes³⁷, explicávamos a todos a pesquisa e, em estando todos em comum acordo, solicitávamos a autorização somente da gestante, com um TCLE especificado a elas. Da mesma forma, os médicos assinaram um TCLE destinado somente a eles. Nesse documento há a descrição da pesquisa, bem como as implicações em participar da coleta, conscientizando os/as participantes que a escolha em colaborar com a pesquisa é somente deles. De forma a preservar o total anonimato dos participantes, foi garantido que não apenas *seus* nomes seriam trocados por pseudônimos, mas também todos os nomes que foram mencionados na interação, incluindo nomes de hospitais, médicos, parceiros, familiares dos envolvidos, e assim por diante.

Antes de entrar na sala do exame, algumas perguntas eram feitas à gestante para sabermos as condições socioeconômicas dela, como a idade, a escolaridade, a profissão, o tipo de atendimento, a idade gestacional e se era a primeira gestação. Os modelos desses termos utilizados junto aos médicos e às pacientes envolvidas com o exame de ultrassom encontram-se na seção de Anexos.

Nos próximos capítulos, nos deteremos a desenvolver a análise dos exames gravados. Em linhas gerais, o próximo capítulo fará uma reflexão sobre um tema de ordem macrossocial, que é a questão do parto, e o outro capítulo será destinado a uma questão teórico-analítica para os estudos em AC, a orientação dos participantes.

Julgamos importante retomar, neste momento, os objetivos deste trabalho, apresentados ainda na introdução, a fim de mostrar a relação entre o que veremos adiante nos capítulos analíticos e o que buscamos alcançar através deles. Nossos objetivos específicos com a análise de dados são:

- a) analisar como se reflete o assunto *parto* (cesáreo ou normal) na interação entre médico e gestante durante o ultrassom;
- b) sistematizar menções na literatura sobre o termo orientação;
- c) investigar qual a relação do conceito de orientação com a questão da “intersubjetividade” para a Análise da Conversa;
- d) analisar momentos interacionais que evidenciem problemas de *orientações distintas* entre os interagentes durante os exames de ultrassonografia obstétrica, e que possam resultar em problemas de compreensão entre os interagentes.

³⁷ São em sua maioria os companheiros das gestantes, mas há casos em que a mãe a acompanha, ou uma amiga.

4 ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo, analisaremos dois tópicos relacionados à interação durante o ultrassom obstétrico: o parto e as orientações dos participantes. Como foi anunciado na introdução desse trabalho, as análises aqui desenvolvidas, de ambos os tópicos, pautaram-se em recorrências observadas nos dados – e não escolhas aleatórias da pesquisadora. A primeira seção, que analisa o tópico parto, surgiu a partir da recorrência do assunto durante os exames e foi pautada a partir do cenário mundial sobre o debate relacionado aos tipos de parto e a questão da escolha recorrente pelo parto cesárea no Brasil. A segunda seção, que discute e analisa o conceito de orientação, igualmente ao tópico anterior, emergiu para nós de recorrências e problemáticas advindas dos dados.

É importante mencionar, por razões expostas acima, que a seleção dos excertos analisados neste capítulo não se deu ao acaso, mas como consequência de uma cuidadosa e exaustiva escuta e visualização de todas as gravações realizadas. Pontuamos, contudo, que não há pesquisa completamente objetiva, ou seja, que se distancie por completo das impressões do/a pesquisador/a, pois todo o envolvimento com a pesquisa traz ao trabalho aspectos subjetivos, presentes desde a geração de dados, observações dos participantes, seleção de dados, análise de dados, etc.

4.1 O Tema Parto cesáreo ou normal através da Interação durante o Ultrassom obstétrico

Nesta primeira seção analítica propõe-se analisar como médico e gestante trazem à interação e lidam com o tópico *parto* (cesáreo ou normal) durante o ultrassom, evidenciando as dúvidas referentes ao parto trazidas, normalmente, pela gestante, e as explicações, que são realizadas pelo médico ao longo do exame. Para que a análise seja realizada, primeiramente faremos uma revisão de trabalhos sobre o parto, trazendo dados que revelam algumas realidades em relação ao número mundialmente excessivo de cesárea em oposição ao número de partos normais, principalmente no contexto brasileiro, onde a cesárea atingiu índices altíssimos nos últimos anos.

Após essa revisão, faremos a análise do assunto a partir dos dados obtidos no exame de ultrassom, revelando indícios da naturalização da cesárea durante o exame, tanto pelas gestantes quanto pelos médicos ultrassonografistas. Além disso, mostraremos os

entendimentos nem sempre compartilhados pelos participantes em relação aos termos *encaixe* e *posição*, que são relevantes para o encaminhamento do tipo de parto.

4.1.1 Refletindo sobre o Parto Durante o Ultrassom Obstétrico

A escolha pelo tipo de parto, se natural, normal ou cesáreo, tem sido, nas últimas décadas, o questionamento das mulheres que ganham seus filhos, seja em qual setor da saúde for, público ou privado. O parto classificado como natural não recebe nenhuma interferência medicamentosa, menos ainda, incisões. Há, inclusive, nos dias atuais, um movimento que busca retomar os antigos partos realizados em casa por parteiras. Já o parto normal recebe intervenções do médico por meio do uso de medicamentos e, por vezes, do corte chamado episiotomia, procedimento não recomendado pela Organização Mundial da Saúde (1996). A cesárea, intervenção cirúrgica na qual o feto é retirado do útero da mulher, no entanto, hoje já é o procedimento mais utilizado mesmo em casos de total saúde materna e fetal.

O parto cesáreo tem sido, nas últimas décadas, alvo de pesquisas ao redor do mundo, devido ao aumento significativo em suas taxas de ocorrência em muitos países (e.g. BARROS; VAUGHAN; VICTORA, 1986; FREITAS; BEHAGUE, 1995; HOPKINS, 2000; FENWICK et al., 2010; KABAKIAN-KHASHOLIAN, 2013). Não há, de toda forma, um consenso sobre os malefícios e benefícios da cesárea, menos ainda das taxas ideais do procedimento. Discutiremos, no entanto, alguns resultados de pesquisas de âmbito nacional e internacional que tentam explicar as *causas* dos elevados índices desse parto, buscando, em nossos próprios dados de ultrassom obstétrico, indícios para compreender o fenômeno em questão por outro viés, ainda não explorado. Pretendemos, também, analisar questões relacionadas ao parto trazidas durante o exame.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) aponta a cesárea como um procedimento de emergência durante a gestação em casos de trabalhos de partos prolongados e danosos ao bem estar da mulher e do bebê. Essencialmente, o que a organização recomenda é que a cesárea seja feita em quem realmente necessita do procedimento, visto que há uma disparidade nas taxas do procedimento no mundo: onde há um número muito grande de mortalidade materna, o número de cesáreas tende a ser baixo, principalmente em zonas rurais e em países muito pobres, como em Cabo Verde (taxa de 2% dos partos), na África. Da mesma forma, o aumento desenfreado no número de cesáreas indica maior morbidade e mortalidade materna e neonatal. Em outras palavras, o procedimento está sendo realizado em

quem não precisa e, por vezes, deixando de ser realizado em mulheres que necessitam da cesárea para a própria sobrevivência ou do seu filho.

Por apresentar essa disparidade nas taxas, que parece estar ligada a fatores sociais e econômicos, a OMS é cuidadosa em estabelecer níveis aceitáveis de cesárea. Segundo a organização, não há um nível ideal conhecido, apenas se reconhece que tanto níveis muito altos quanto os muito baixos são problemáticos. Ainda assim, a organização recomenda, desde 1985, que as taxas de cesárea não devem exceder a marca de 10-15% dos partos e que o mínimo aceitável é 5%.

É importante dizer que o parto cesáreo pode ser classificado como (1) planejado e (2) não-planejado. O primeiro é conhecido como cesárea eletiva, a qual é agendada ainda nas consultas de pré-natal; o segundo pode acontecer em casos de emergência, antes do trabalho de parto efetivamente ser iniciado, ou ainda após o trabalho de parto ter começado, por condições inesperadas nesse momento (e.g. não avanço da dilatação) (LOBEL; DELUCA, 2007). A preocupação com os altos índices da cesárea, portanto, está voltada para as cesáreas eletivas, que são realizadas sem indicação médica, e para as consequências dessas cirurgias desnecessárias. A cesárea, em comparação ao parto vaginal, está associada, por exemplo, a problemas respiratórios no bebê, como a asma (LOBEL; DELUCA, 2007).

Qual, então, o motivo para tantas cesáreas? De quem parte o desejo pela cesárea eletiva? A busca por essas respostas está presente na maioria dos estudos da área médica que investiga a tomada de decisão pelo parto cesáreo. Bryant et al. (2007) citam algumas razões já apontadas na literatura para a escolha por esse parto. Pela mulher, segundo elas, está principalmente o medo da dor e as consequências do parto vaginal para a vida sexual. Quanto aos médicos, as autoras citam que a conveniência é um forte motivo para que a cesárea seja encorajada, pois não exige muitas horas de trabalho do profissional envolvido, como em um parto vaginal.

Bryant et al. (2007) afirmam que o estudo desenvolvido por elas teve como objetivo refletir sobre os discursos, não sobre as práticas, revelando como as pessoas pensam, não como agem, ponderando que nem sempre o que as pessoas dizem é, de fato, o que fazem. Dessa forma, as autoras realizaram, na Austrália, entrevistas com obstetras e mulheres que tiveram parto cesáreo, questionando-os sobre as suas visões e opiniões sobre o parto. Os médicos afirmaram que o maior risco associado à cesárea não está no procedimento em si, mas na indicação clínica para o procedimento (BRYANT et al., 2007). Em outras palavras, não há problema em fazê-la, desde que seja por motivos de ordem médica.

As mulheres entrevistadas apontaram um aspecto interessante do parto: a não-naturalidade do parto vaginal, que normalmente vem acompanhado de intervenções (BRYANT et al., 2007). Essa visão reflete o quanto a naturalidade do parto normal foi perdida através dos anos e também a busca atual pela humanização dos partos³⁸. Outro aspecto que estimula as mulheres a fazer a cesárea, segundo as autoras, é a segurança atribuída ao procedimento. Os médicos também corroboram essa visão quando afirmam que ter um parto cesáreo eletivo tem os mesmos riscos de um parto vaginal. A cesárea é vista como um meio de proteger o bebê, ou seja, há uma preocupação com a saúde e com a segurança do bebê que são fortes indicadores para que médicos e gestantes optem por esse procedimento. Ambos, mulheres e médicos, veem o parto cesáreo como controlado, diferentemente do parto vaginal, em que o procedimento pode durar horas e não há uma única maneira de ocorrer.

Por fim, Bryant et al. (2007) argumentam que, por trás da escolha pela cesárea, há “sistemas de crenças poderosas que trabalham para organizar a ‘livre escolha’ em termos de seguro/inseguro, ordem/desordem e bom/mau”³⁹ (p. 1200). Assim, a opção pela cesárea não é uma escolha tão livre como se imagina, e sim carregada de razões, mesmo que não baseadas em indicações clínicas.

Sobre as razões pelas quais as mulheres solicitam a cesárea na ausência de indicações médicas, Fenwick et al. (2010) investigam, também na Austrália, mulheres em primeiras gestações. No país, a taxa de cesarianas é de mais de 30% dos partos. As mulheres relataram, em entrevista, as preocupações que as levam a solicitar a cesárea. A primeira razão está no medo da dor do parto vaginal, que elas consideram perigoso, imprevisível e assustador. Além disso, experiências de pessoas da própria família podem pesar na decisão pela cesárea. As participantes da pesquisa revelam acreditar que a cesárea oferece controle sobre o parto, diferentemente do parto vaginal, livrando-as do medo e, assim, mantendo-as mais seguras. Os médicos, nesses casos, validaram a decisão da mulher em fazer cesárea, ou mesmo as incentivaram devido a fatores como idade, por exemplo. O estudo revela que as mulheres foram alertadas para os riscos desse tipo de parto, contudo, não se mostraram cientes dos riscos da cesárea para o bebê. Ainda, assim, os médicos não contestaram a decisão dessas mulheres em realizar uma cesárea eletiva.

³⁸ No Brasil, o SUS vem tentando promover o parto humanizado, buscando oferecer o parto natural às mulheres pela rede pública de saúde através de um projeto de lei (SILVA, 2013). A preocupação com a humanização do parto gerou o documentário “O renascimento do parto” (2013), que discute o tema, desmistificando várias crenças que envolvem o parto natural.

³⁹ However, as this study shows, there are powerful belief systems that work to organise ‘free choice’ in terms of safe/unsafe, order/disorder, and good/bad.

Na Inglaterra, a pesquisa de Weaver, Statham e Richards (2007) corrobora a noção anterior de que a cesárea não é uma livre escolha, mas carregada de razões, sejam elas de que ordem for. Os autores desqualificam os estudos que apontam que as mulheres solicitam a cesárea sem motivos. Segundo eles, nenhuma mulher opta pela cesárea sem ter uma indicação, seja ela clínica ou psicológica. Mesmo assim, os autores concluem que é a solicitação das mulheres que eleva o número das taxas de cesáreas.

A pesquisa foi realizada com mulheres ainda grávidas, primíparas ou múltíparas, e médicos obstetras. O estudo demonstra as expectativas de parto para as mulheres e revela que quase 70% delas desejava parto vaginal, o que, em certa medida, nos faz refletir sobre o que ocorre durante o trajeto do pré-natal que faz com que essas mulheres mudem de ideia. Com base nos dados, também foi possível compreender que experiências prévias, traumáticas ou não, podem influenciar na decisão de ter um parto cesáreo. Na visão das gestantes, a cesárea apresenta segurança para o bebê, mas riscos à mulher. Na visão dos médicos, a cesárea é um procedimento ligado a mulheres de nível social mais alto (WEAVER; STATHAM; RICHARDS, 2007).

No contexto pesquisado, as condições socioeconômicas são consideradas relevantes pelos médicos na realização da cesárea, que se referem ao acesso à informação que as mulheres mais escolarizadas têm, estando cientes de que uma cesárea pode ser eletiva. Em outras palavras, mulheres mais escolarizadas e de nível financeiro mais alto tendem a solicitar um parto cesáreo. Aqui entra em cena o poder de negociação, que envolve o conhecimento acerca do assunto cesárea. Outro dado importante trazido pelos médicos foi o de que mulheres que trabalham na área da saúde tendem a solicitar em maior número a cesárea. Para alguns dos médicos entrevistados, o medo do parto não constitui um forte indício de indicação clínica para a cesárea (WEAVER; STATHAM; RICHARDS, 2007).

No Líbano, a pesquisa realizada por Kabakian-Khasholian (2013), com dados de entrevistas com mulheres que já tiveram parto cesáreo, revela a falta de informações no pré-natal sobre os tipos de parto, tendo como consequência as seguintes afirmações quanto à cesárea: mais segura para o bebê, reduz o medo do desconhecido, do que não é controlável, não é livre de dor no pós-parto (descoberta tardia), satisfação durante o parto, mas insatisfação pós-parto. A autora considera que o não-provimento de informações sobre os tipos de partos e, conseqüentemente, sobre os efeitos da cesárea, pode, de alguma forma, contribuir para o medo que as mulheres sentem da dor do parto, impulsionando-as a fazer a cesárea como um método livre de dores. Kabakian-Khasholian (2013) conclui que há, portanto, um reforço de algumas crenças sobre cesariana pelos próprios médicos,

desconsiderando, muitas vezes, a segurança do procedimento e as questões de saúde pós-parto em prol de um parto sem dor. Com isso, a autora sugere que os médicos promovam informações às mulheres, auxiliando-as em escolhas cientes, incentivando também o parto normal (KABAKIAN-KHASHOLIAN, 2013).

Parece-nos, a partir da impressão sobre os artigos revisados, que a falta de diálogo e de informações, que poderia vir a explicar a imprevisibilidade de um parto e prover maiores informações sobre os tipos de parto ainda durante o pré-natal, acarretam danos à mulher e, conseqüentemente, ao bebê, sejam eles físicos ou psicológicos. Contudo, não podemos generalizar essas considerações, visto que cada mulher segue seu próprio curso gestacional.

4.1.2 Brasil: o país da cesárea?

Desde a década de 1980, o Brasil chama a atenção do mundo devido aos elevados índices de parto cesáreo (BARROS et al., 1986), o que se reflete na produção de estudos nacionais e internacionais sobre a cesárea no Brasil, como veremos a seguir. No país, a cesárea representa 52% dos partos⁴⁰, com taxas menores em estados do Norte e Nordeste e maiores no Sul e Sudeste. Na rede privada de saúde, o número chega a mais de 80% dos partos e na rede pública em torno de 40%⁴¹.

O Portal do SUS, do Ministério da Saúde, alerta as mulheres sobre os riscos atribuídos ao parto cesáreo e a complicações pós-parto, apontando os benefícios do parto normal para as mulheres e para seus bebês. Segundo o texto, a saúde e o lado emocional da mulher podem ser afetadas pela cesárea por meio de problemas de infecção na mulher, dificuldades no vínculo entre mãe e bebê e mesmo problemas respiratórios para o bebê. O texto também desmistifica a crença de que “uma vez cesárea, sempre cesárea”, que muito influencia a altíssima taxa de parto dessa natureza, visto que se a mulher realizar uma cesárea já na primeira gestação, em casos subsequentes, os partos provavelmente serão cesáreos. Quanto ao fator financeiro, o SUS deixa claro que a cesariana tem valor mais alto, mais ainda se somado ao custo com tratamentos decorrentes de complicações no pós-operatório.

As mídias televisivas, impressas e digitais também refletem a questão da cesárea no Brasil. Por exemplo, em matéria exibida pelo jornal *Bom Dia Brasil*⁴², um obstetra com mais de 40 anos de experiência sugere que há uma falha na formação dos médicos. Para ele, cada vez menos se ensina durante a faculdade o parto vaginal. Por isso os novos médicos tendem a

⁴⁰ Ministério da Saúde, em 2010.

⁴¹ Jornal Bom Dia Brasil (2013).

⁴² Número de cesarianas no SUS é mais que o dobro aceitado pela OMS (Portal G1, 2013).

fazer mais cesáreas. Já em matéria publicada pela revista *Super Interessante*⁴³, o motivo apresentado pelo obstetra Carlos Czeresina, do Hospital Albert Einstein, para o alto índice está ligado aos médicos, que indicam a cirurgia por medo de processos futuros. Em outras palavras, a cirurgia passou a ser uma garantia de que todos os procedimentos cabíveis para o parto foram realizados, eximindo qualquer culpa por negligência. A revista *Veja*, por sua vez, publicou em seu site a matéria intitulada *O parto normal em extinção no Brasil*⁴⁴, mostrando as ações que estão sendo tomadas no Brasil pelo Ministério da Saúde para reduzir os índices da cesariana. A matéria salienta ainda a importância do procedimento em casos graves, esclarecendo que a cesárea foi um progresso para a humanidade, pois pode salvar a vida da mulher e do bebê.

No setor privado, o mais problemático em relação aos índices de cesáreas, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regulamenta e normatiza os planos de saúde no país, aponta vários fatores para o favorecimento de cesáreas, que chegam a mais de 80%:

- a) cultura do médico único do pré-natal ao parto;
- b) pagamento por procedimento;
- c) maior domínio dos médicos da técnica de cesariana em relação à assistência ao parto distócico⁴⁵;
- d) forte oposição da classe médica em relação a estratégias para redução de cesarianas desnecessárias;
- e) ambiência desfavorável à humanização;
- f) mulheres pouco informadas sobre os benefícios do parto normal;
- g) baixa valorização dos aspectos culturais e subjetivos relacionados ao parto e nascimento;
- h) baixa inserção de enfermeiras obstétricas na atenção ao parto e nascimento;
- i) ausência de estratégias de incentivo à realização do parto normal nas operadoras de planos de saúde.

O problema que podemos, até o momento, acertadamente resumir está relacionado ao que a Organização Mundial da Saúde alerta: o alto número de cesárea não condiz com a realidade mundial, visto que o procedimento, muitas vezes, não é utilizado em quem realmente o necessita. Casos de negligência, principalmente do setor público, surgem

⁴³ Por que o Brasil é campeão mundial de cesarianas? (Revista *Super Interessante*).

⁴⁴ Revista *Veja* online.

⁴⁵ Termo técnico para parto difícil.

diariamente no país, revelando que a demora nos atendimentos e a falta da cesárea pode levar mulheres e bebês ao óbito.

Em se tratando de pesquisas, o alto índice de cesáreas chama a atenção não somente de pesquisadores brasileiros, mas também de pesquisadores de fora do país, com ou sem o apoio de universidades brasileiras. No Brasil, um fator que preocupa a sociedade e seus governantes é a desigualdade social, que se reflete também nos números de cesarianas. Béhague, Victora e Barros (2002) apontam que no Brasil o fator socioeconômico é preponderante na tomada de decisão pela cesárea. Tanto a medicalização (realização de pré-natal adequado) quanto o parto cesáreo estão ligados fortemente à maior escolarização das mulheres. Os autores também observam que a indução do parto não está associada às mulheres com escolaridade maior, alertando para o fato de que a indução é uma forma de evitar a cesárea em mulheres de baixa-renda.

Ao encontro da pesquisa de Béhague, Victora e Barros (2002), Freitas et al. (2005) discutem também a desigualdade social existente nas taxas de cesárea, explicando que, no Brasil, “as taxas de cesariana são mais altas entre as mulheres com melhores condições socioeconômicas, as de etnia branca e aquelas tendo parto em hospitais privados” (FREITAS et al., 2005, p. 762). Nesse sentido, mais uma vez, nos deparamos com o que a OMS preconiza: as mulheres, com menores condições financeiras, que necessitam do parto cesáreo por complicações não o fazem. Os autores propõem que a mudança e a conscientização sobre crenças do parto cesáreo devem partir do médico nas consultas de pré-natal, diminuindo, assim, a ansiedade e aumentando a confiança em fazer um parto vaginal.

Hoptkins (2000), pesquisadora do México, buscou compreender as razões pelas quais as mulheres brasileiras optam pela cesárea. Para isso, a autora passou nove meses no Brasil, nas cidades de Natal e Porto Alegre, em maternidades de hospitais público e privado. Hoptkins realizou observação participante nessas maternidades e em exames pós-parto, além de realizar entrevistas com algumas mulheres após o parto.

A autora constatou que as mulheres temem o parto vaginal e baseiam-se em crenças para evitar esse tipo de parto. Entre as preocupações manifestadas pelas mulheres, a sexualidade pós-parto e a maior segurança para o bebê são prioridades. Há uma unanimidade entre as mulheres quanto à recuperação pós-parto nos diferentes tipos de parto. Tanto as mulheres que ganharam seus filhos no hospital público quanto as que ganharam no setor privado, concordam que a recuperação do parto vaginal é mais rápida comparada à cesárea. Contudo, ficou evidente que a dor é um dos fatores que pesam sobre a escolha do parto cesáreo. Mais de 60% das mulheres concorda que a cesárea as livra da dor durante o parto,

mas, ao mesmo tempo, afirma que há dor após o parto (81%, público; 72%, privado). A maioria das mulheres (80%, público; 72%, privado) também discorda que os médicos sejam a favor do parto cesáreo.

Hoptkins (2000) pode observar que nem sempre é a mulher que opta espontaneamente pela cesárea, ou melhor, que deseja o procedimento. Nas entrevistas ficou evidente que a preferência das mulheres era pelo parto vaginal, mas algo se transformou no caminho ou mesmo no momento do parto. A autora descreve detalhadamente dois casos de mulheres já em trabalho de parto e um pós-parto em hospitais privados, revelando que os médicos têm alguma influência sobre a cesárea, ou ainda, que não incentivam o parto vaginal. Esse trabalho é um dos mais reveladores até aqui citados, visto que acompanhou as pacientes em trabalho de parto, não apenas em entrevistas meses após o parto.

No primeiro caso descrito, o médico oferece a cesárea à gestante, que não recusa nem aceita, mas afirma que não quer sentir dor. Ocorre, então, que a responsabilidade pela escolha da cesárea acaba sendo atribuída pelos médicos às mulheres, mas que nada é feito para modificar a noção de que o parto cesáreo é mais adequado de que o parto vaginal. A autora diz que, no hospital privado, o médico parece aceitar o medo da dor como uma justificativa plausível para a cesariana (HOPTKINS, 2000). Esse mesmo médico afirma que há uma pressão psicológica por parte das mulheres, mesmo que não totalmente expressa. A pesquisadora, no entanto, discorda, afirmando que a dor e o desconforto fazem parte do trabalho de parto, mas não necessariamente são um pedido por cesárea. Ainda assim, Hoptkins compreende que a decisão pela cesárea é tomada pelo médico para beneficiar a mulher, ou ainda, responder a uma demanda dela, não baseada em benefício do próprio médico.

No segundo caso, a médica opta pela cesárea da gestante porque não quer que ela sofra mais, contudo, a gestante queria um parto vaginal. A decisão é baseada no trabalho de parto, que, segundo a médica, estava demorando a evoluir, mas Hoptkins (2000) lembra que um trabalho de parto pode levar muitas horas e gerar muita dor. Na interação observada e anotada pela pesquisadora, a médica questiona a paciente sobre a vontade de evacuar, ao que a paciente responde negativamente. No entanto, a médica avalia a situação como se a paciente sentisse a vontade e comunica a enfermeira de que há indicação, portanto, de uma desproporção cefalopélvica⁴⁶. A vontade de evacuar é tomada pela paciente como um sinal para realizar a cesárea, então ela nega novamente que tenha vontade de evacuar, mas é ignorada pela médica, que anuncia que irá avisar o marido da gestante sobre a cesárea e

⁴⁶ Esse sintoma é indicação de cesariana intraparto.

chamar os médicos para fazer o procedimento. A paciente acata a autoridade médica, ainda mais quando a família entra em acordo. Na sequência, a gestante insiste em negar a vontade de evacuar, mas, mais uma vez, a médica não leva adiante o tópico, pois já está com a decisão tomada. Hoptkins afirma que a médica não esperou pelo trabalho de parto, tampouco explicou os motivos de ter tomado a decisão pela cesárea. Já a gestante não questiona a autoridade médica, mesmo, aparentemente, não concordando com a decisão.

No terceiro caso discutido pela autora, a paciente teve seu segundo filho por meio de cesárea em um hospital privado. A mulher relata que no quarto mês de gestação fez uma ultrassonografia, durante a qual o médico ultrassonografista afirmou que o seu bebê era muito grande. No oitavo mês, devido a complicações anteriores com o primeiro filho, que nasceu de parto vaginal em um hospital público, a paciente solicitou mais um monitoramento fetal⁴⁷ em que foi verificada a normalidade materna e fetal. A paciente afirma que ainda nas consultas de pré-natal o médico sugeriu a cesárea, argumentando que o bebê era grande. Mesmo assim, a paciente sentia receio de fazer a cesárea devido aos riscos do procedimento. O médico ofereceu o parto vaginal como uma possibilidade, revelando que esse parto passou a ser uma tentativa não primária de parto, evidenciando, assim, a naturalização da cesárea. A paciente comenta também que a opção do médico pela cesárea foi atribuída ao sofrimento e dores do parto, não à saúde do bebê.

Hoptkins (2000) conclui que os médicos são participantes ativos na construção da cultura da cesárea no Brasil, não apenas acatando um desejo da mulher. Em outras palavras, as mulheres não estão sozinhas na decisão pela cesárea, ou ainda, nem mesmo sempre querem o procedimento. A autora aponta que para os médicos a cesárea pode ser um meio conveniente e controlado de trabalho, referindo-se ao expediente dos médicos, que marcam os partos para finais de tarde, noite ou finais de semana.

Em suma, podemos acreditar que o problema de fazer ou não a cesárea está em fazê-la fora do trabalho de parto. A cesárea é, em si, um procedimento que salva vidas, mas que deve ser realizado no momento certo como uma forma alternativa e não prioritária de parto. É importante salientar que agendar o parto pode significar a prematuridade do bebê, isso por que os exames de ultrassom utilizados para verificar as semanas gestacionais podem não precisar o tempo correto de gestação, pois há sempre uma variação.

Quanto às razões que levam as mulheres à cesariana, compreendemos que há algo cultural na decisão por esse parto, principalmente no Brasil. A questão cultural perpassa tanto

⁴⁷ Não fica claro se foi por ultrassom.

as crenças das mulheres quanto as rotinas médicas. No entanto, a cesárea em excesso está longe de ter suas causas totalmente esclarecidas para que, assim, algo concreto possa ser feito. Por enquanto, podemos refletir sobre a questão do parto, seja ele qual for, por meio de políticas públicas que amparem as mulheres, atentando, primordialmente, para a saúde da mulher e do bebê. Vejamos, então, como o assunto parto, principalmente no que se refere à cesárea, é trazido à tona pelas gestantes ou pelos médicos – ou seja, como ele *emerge* – durante o exame de ultrassom.

4.1.3 Indícios da Naturalização da Cesárea durante o Exame de Ultrassom Obstétrico

Os exames de ultrassom obstétrico são realizados, mais ainda quando em rede privada, durante toda a gestação e, muitas vezes, pelo mesmo médico, o que gera certa familiaridade do profissional quanto à evolução da gravidez da paciente. No excerto abaixo, acompanhamos que a relação que se estabelece entre o médico e a gestante oportuniza, por exemplo, que o médico questione a paciente sobre a provável data para o parto.

Excerto 2: ECOCLIN_GABRIEL_Ariadna_DOPP_17_04_3013

1 GABRIEL: oi (1.2) tudo bom?
 2 ACOMPANHANTE >tudo bem<
 3 (.)
 4 GABRIEL: e aí quase nascendo >ariadna<?
 5 ARIADNA: qua::se
 6 (2.3.)
 7 GABRIEL: qual é a previ↑são
 8 (0.4)
 9 ARIADNA: a doutora não- não disse mas:: acho que
 10 semana que vem=
 11 GABRIEL: =é:?
 12 °mhm°
 13 GABRIEL: é ↑né tu já tá com trinta e oito semana que
 14 vem.
 15 ARIADNA: ãrrã

O médico Gabriel, na linha 4, após os cumprimentos iniciais ao entrar na sala de exames, realiza uma pergunta à Ariadna, gestante de 3^o trimestre, que parece ser uma forma de iniciar o assunto parto, utilizando a expressão *e aí*, que nesse momento da interação já não funciona mais como um cumprimento inicial (*e aí quase nascendo >ariadna<?*). Nesse caso, esse prefácio, ou expressão, demonstra a transição do turno anterior e o início de um

novo tópico trazido pelo médico. A gestante repete apenas o vocábulo *quase* contido na pergunta do médico, mas não provê nenhuma informação a mais.

O médico, então, realiza uma pergunta (*qual é a previsão*), que classificaremos aqui como *pergunta interrogativa* (HERITAGE, 2010), solicitando uma resposta afirmativa da gestante sobre a previsão do nascimento. Esse formato de pergunta não coloca a opção de uma resposta negativa, ou ainda, uma resposta dúbia da paciente (HAYANO, 2012), diferentemente, por exemplo, de uma pergunta “Tem *alguma* previsão?”. Na primeira parte do par adjacente (linha 7) já está inferida que há, necessariamente, uma previsão com o uso do pronome interrogativo *qual*, na pergunta direta, ou seja, há o mínimo de conhecimento acerca do assunto por parte do médico (HAYANO, 2012). A resposta da gestante vem após uma pequena pausa (linha 8), mas não provê certeza acerca do questionamento do médico, como podemos perceber com o uso do verbo *achar* em seu turno e ainda com pequenas marcas de despreferência (como repetição vocabular e alongamento).

Na pergunta do médico (linha 7), podemos especular que a palavra *previsão* remete a um parto não espontâneo, ou ainda, não normal, visto que a gestação pode chegar ao limite de 42 semanas, e a paciente ainda encontra-se com 38 semanas gestacionais. Mesmo assim, compreendemos que a previsão de um parto pode ser feita com base em um pré-natal corretamente realizado. No entanto, na resposta da gestante fica evidente que a decisão pela hora do parto está nas mãos da médica, ou seja, o parto parece não estar nas mãos da própria gestante e da sua natureza. Isso se justifica pelo fato da paciente ter dito que a sua médica obstetra não confirmou, mas que provavelmente o parto ocorreria na próxima semana. Compreendemos que se o parto tendesse a ser normal, a estimativa, ou possível “previsão”, para o parto seria outra, não como o fez a gestante ao mencionar que achava que seria na próxima semana. Dessa forma, podemos perceber que há, mesmo que velada, a naturalização de um parto “programado” durante a interação no exame de ultrassom através do formato de pergunta do médico e do conteúdo proposto na resposta da gestante.

No próximo excerto, a mesma naturalização acontece, contudo se apresenta de forma mais declarada por ambos os interagentes. Vejamos a interação entre a médica Camila e Samuara, grávida de 37 semanas:

Excerto 3: ECOCLIN_CAMILA_Samuara_DOPP_23_04_2013

- 1 CAMILA: já tem alguma data pra na↑scê
2 (0.9)

- 3 SAMUARA: não. eu tô fazendo os exames pra marcá.
 4 (11.9)
 5 CAMILA: então vamo vê.
 6 (1.6)
 7 CAMILA: pressão tá boa, como é que tá o pré [natal.]
 8 SAMUARA: [tá: bem]
 9 (realmente) tá tudo bem.
 10 CAMILA: tá tudo tran↑quilo
 11 SAMUARA: arrã.

Conforme podemos observar no excerto, a médica pergunta se há uma data provável para o bebê nascer, com um formato de pergunta que abre possibilidade para qualquer resposta, tanto negativa quanto positiva, visto que não há nenhuma palavra que indique preferência por alguma polaridade. O uso do pronome *alguma*, inclusive, infere algo indeterminado, nesse caso a data do parto. Sobre essa pergunta podemos dizer que não há nada tão distante da realidade gestacional, pois o pré-natal bem feito tende a prever desde o início da gestação uma provável data para o parto no limite de 40 semanas.

A gestante responde negativamente (linha 3), mas, ao mesmo tempo, confirma que o parto está se encaminhando para ocorrer após a realização de exames. Mais do que isso, a data do parto será *definida a partir do exame*. Notamos que o parto cesáreo não foi explicitamente mencionado, mas o verbo *marcar* no turno de Samuara nos remete a um parto previamente agendado. Nesse caso temos o que Schegloff (1996) nomeia como *alusão*, ou seja, algo que é dito no turno de fala do interagente que faz referência a um fato sem nomeá-lo diretamente. Assim, o verbo *marcar* alude a um parto cesáreo. Na interação, porém, não há no turno seguinte da médica uma confirmação a essa alusão (SCHEGLOFF, 1996), mas a pergunta (linha 7) sobre a pressão da gestante pode ser um indício de que há uma referência não explícita sobre à cesárea sendo confirmada.

Precisamos, antes de mais nada, compreender e esclarecer, nesse caso, que a gestante parece ter problemas relacionados à pressão (linha 7), contudo, o problema parece também estar sob controle. Em uma situação como essa, de pressão alta, é necessário avaliar se a pressão está elevada em decorrência da gestação ou se é parte do histórico da mulher. Ainda nessas situações, a cesárea não é o único meio para que o parto ocorra, visto que mesmo para o procedimento, que é uma cirurgia, a pressão deve estar sob controle. A cesárea é indicada em casos de calcificação de placenta decorrentes de pré-eclâmpsia, ou quando a eclâmpsia se concretiza, por exemplo⁴⁸. Assim, a cesárea é indicada quando há risco iminente para gestante

⁴⁸ Dr. Drauzio Varela entrevista o Prof. Médico Marco Aurélio Galetta.

ou bebê, cabe ao médico avaliar. Nessa interação, a própria paciente confirma que está tudo bem com sua pressão arterial ao ser questionada pela médica (linhas 8, 9 e 11).

Na próxima interação, o médico Gabriel realiza uma pergunta, assim como no excerto 1, sobre o parto à gestante Veridiane, primigesta de 37 semanas.

Excerto 4: ECOCLIN_ GABRIEL_Veridiane_OBST_28_01_2013

32 GABRIEL: >quando é que nasce?<=
 33 VERIDIANE: dia: ↑o:nze.
 34 (.)
 35 GABRIEL: >onze de fevereiro?<
 36 VERIDIANE: ã[rrã]
 37 ACOMPANHANTE: [é]:=
 38 GABRIEL: =um dia depois do lindo mais lindo dia mais
 39 lindo do mu:ndo=
 40 VERIDIANE: =ah é[: ,]
 41 GABRIEL: [é::]
 42 VERIDIANE: *hahahaha*
 43 GABRIEL: o meu é dia de:z=
 44 VERIDIANE: =[AH então tá certo]
 45 GABRIEL: [*hahaha*]
 46 VERIDIANE: [carnavalesco tam[bém.]
 47 GABRIEL: [é::]=
 48 VERIDIANE: =*hhhh*
 49 (0.9)
 50 GABRIEL: >°então vamo lá°<
 51 (7.3)
 52 GABRIEL: tá senta::do ainda °[(tá aqui ó)]°
 53 VERIDIANE: [mhm:]

O turno do médico Gabriel na linha 32 ocorre logo após os cumprimentos iniciais à gestante e ao seu acompanhante. O médico provê a ação de solicitar uma informação por meio da pergunta, utilizando no formato da questão o advérbio de tempo *quando*, que remete ao momento do parto. A gestante, em resposta à pergunta, menciona o dia do parto (linha 33), deixando evidente que a cesárea está agendada com antecedência, ou seja, não há a expectativa pela espera do parto normal. Após a brincadeira realizada pelo médico referente ao dia do nascimento do bebê (linhas 35-48), o médico profere o que pode ser tomado como um convite ao início do exame (linha 50) e após uma pausa (linha 51) menciona a posição em que o bebê está. O advérbio *ainda* demonstra que a posição já era algo sabido anteriormente pelos participantes da interação, mais ainda quando a gestante provê uma resposta afirmativa ao turno do médico (linha 53).

Entendemos que, assim como no turno anterior, o parto cesáreo está acertado entre gestantes e médicos obstetras e ambos os casos parecem ter razões médicas para realizarem o procedimento (nesse caso já agendado, no excerto anterior, ainda com a previsão de agendamento), mesmo que os problemas mencionados acima (pressão alta e posição pélvica) sejam passíveis de controle (como a pressão) ou reversíveis (posição pode mudar durante o trabalho de parto). Aqui se caracteriza uma cesárea eletiva, visto que a cirurgia está marcada antes mesmo do trabalho de parto começar, sendo evidente o motivo da indicação do método para a gestante.

4.1.4 Cesárea Eletiva: um caso evidente de livre escolha pelo parto cesáreo sem precedentes

Nesta interação, o ultrassom obstétrico comum, sem especificações, se encaminha para o final, após terem sido realizadas todas as verificações e mensurações relativas ao bebê, como peso, tamanho do fêmur, batimentos cardíacos e arteriais. No momento transcrito a seguir, o médico Gabriel provê uma avaliação do que foi visto no exame de Tessalia, grávida de sete meses e meio.

Excerto 5: ECOCLIN_GABRIEL_Tessalia_OBST_08_01_2013

157 GABRIEL: bem nor↑mal o exame tessalia
 158 TESSALIA: então tá ↑ótimo (0.8) gordi:nho
 159 GABRIEL: tá gordinho ↑né (.) se ele continuá assim ele va:i
 160 fácil aos três e duze:ntos três e treze::ntos, (0.7)
 161 até o final da gestação
 162 (0.8)
 163 TESSALIA: [<e ele> ↑é]
 164 GABRIEL: [>pode até passá<]
 165 TESSALIA: ou a posição, tudo que ele tá::>provavelmente ele
 166 fique< até os nove: meses [certinho]=
 167 GABRIEL: [sim]
 168 TESSALIA: =↓né=
 169 GABRIEL: =é muito
 170 difícil mudá essa pose ↓né que tá de cabeça pra
 171 baixo↓ já=
 172 TESSALIA: =mhm
 173 GABRIEL: ele pode mudá as costinhas né tipo=
 174 TESSALIA: =sim=
 175 GABRIEL: =tá lá pro teu
 176 lado esquerdo vim pro teu lado [direito]=
 177 TESSALIA: [sim]
 178 GABRIEL: =e tal mas::
 179 (.)
 180 TESSALIA: >hmas eu vou< é. do que >mesmo jeito< eu vou fazê

181 °cesária°.
182 GABRIEL: a: tu vai fazê.
183 TESSALIA: vou (.) mas eles no caso assim não tem perigo
184 >>(eles vê)<< ou não tem como se sabê também se
185 ele- vir antes eu tenho medo é:: sabe tipo:: eu
186 vou tá de sete e meio agora oito e:: ele começá::
187 >que eu tô sentindo< bastan:te contração
188 ultimamente=
189 GABRIEL: =°contração°.=
190 TESSALIA: =é: é isso que eu fico
191 meio preocu•pada=

No turno na linha 157, o médico avalia de forma geral o exame, considerando-o dentro da normalidade para o tempo gestacional. Essa avaliação demarca o encerramento do exame, sinalizando um diagnóstico geral de todas as verificações feitas. Além disso, no turno das linhas 159 a 161 o médico fala do bom peso do bebê, o que também deflagra a entrega de boas notícias, visto que as condições de saúde do bebê estão dentro do esperado, ou ainda, além das expectativas (tá gordinho ↑né, linha 159). Após essa sequência de entrega de “boas notícias”, a gestante questiona o médico sobre a permanência do bebê na posição atual (linha 165), que fora descrita durante o exame, abrindo, assim, um *par adjacente* pergunta-resposta. Notamos que Tessalia, ao buscar essa confirmação junto ao médico, demonstra querer saber se as condições atuais do bebê serão as mesmas até o final da gestação.

Como consequência dessa solicitação de confirmação, o médico se alinha de maneira preferida com uma confirmação à pergunta (linha 167), provendo uma explicação (linhas 169 e 171) acerca da normalidade gestacional de Tessalia. Percebemos que Gabriel está orientado a responder como uma boa notícia o fato da gestação estar dentro da normalidade e, ainda, que o bebê já está posicionado cefalicamente no ventre materno. Notamos também que para a gestante a *posição* (linha 165) faz referência à permanência do bebê até os nove meses para o parto; para o médico, a *pose* (linha 170) está ligada diretamente à posição dentro do ventre, apenas. O médico, portanto, além de construir seus turnos alinhados à pergunta da gestante, parece também buscar descrever que a gravidez está dentro do esperado, reiterando uma entrega de boas notícias. Além disso, observa-se o pressuposto de que a gestação se encaminha para um parto normal, visto que o bebê está na posição “certa” para isso, ou seja, não está sentado, por exemplo.

A gestante provê recibos de entendimento ao que médico diz em três momentos diferentes, nas linhas 172, 174 e 177, com fala colada e inclusive de maneira sobreposta nessa última, para então, na linha 180, dizer que fará a cesárea. Parece-nos que a gestante está reparando os turnos anteriores do médico que expõem boas condições de um parto normal,

revelando, assim, que a decisão pela cesárea está tomada há algum tempo, pois ela está na metade do terceiro trimestre e sem problema algum de saúde materno ou fetal. Mais adiante, no próximo capítulo, daremos continuidade à análise dessa mesma interação para tratar da *orientação* entre os participantes.

4.1.5 Encaixe versus Posição: entendimentos nem sempre compartilhados sobre a posição do bebê

O ultrassom, conforme observado durante o período de coleta de dados, por vezes parece ser uma extensão das consultas de pré-natal. Em diferentes momentos do exame, as gestantes questionam os médicos ultrassonografistas sobre aspectos da gravidez, como dilatação, posição do bebê, etc. Compreendemos que o momento do exame seja esclarecedor para as gestantes, visto a magnitude das imagens obtidas pelo ultrassom. O posicionamento do bebê se torna uma pergunta frequente nos exames de 3^o trimestre, principalmente a partir de comentários *online*⁴⁹ realizados pelo médico, que podem culminar em um mal entendido entre médico e gestante.

A partir do 3^o trimestre, ou seja, a partir de 28 semanas gestacionais, os bebês costumam se posicionar de cabeça para baixo, posição também chamada de *apresentação cefálica* pelos médicos. Esse posicionamento do bebê, em nossos dados, parece ser confundido com o popularmente chamado *encaixe*, tecnicamente tratado por médicos como *insinuação fetal*. Cabe esclarecer que o bebê quando insinuado leva, em média, duas semanas para nascer em mulheres em primeiras gestações e cerca de dois a cinco dias em mulheres com partos anteriores⁵⁰. Por essa razão, é importante conhecer a diferença entre as posições do bebê, pois são elas que indicam o tipo de parto, mesmo que o posicionamento ainda possa sofrer alterações durante o trabalho de parto. Interessa-nos, portanto, compreender como o tópico *posição* é tratado interacionalmente pelo médico, pois a resposta se torna relevante na medida em que esclarece uma questão importante para a gestação e para as expectativas em torno do parto.

No excerto abaixo, a paciente Irene, grávida de 30 semanas, questiona o médico Gabriel sobre a posição do bebê.

⁴⁹ “Fala que descreve o que o médico está vendo, sentindo ou ouvindo ao examinar o paciente⁴⁹” (STIVERS et al., 2003, p. 314).

⁵⁰ Informações obtidas no portal *Fetalmed*.

Excerto 6: ECOCLIN_GABRIEL_Irene_DOPP_31_01_2013

42 GABRIEL: a mão. tá aqui ao ↑lado da cabe::ça
 43 (4.9)
 44 IRENE: >e ele tá em pé já?<
 45 (.)
 46 GABRIEL: oi?
 47 IRENE: ele tá sentado?
 48 GABRIEL: >não não< tá de cabeça pra ↑baixo
 49 IRENE: já?
 50 GABRIEL: mhm (.) essa é a posição mais confortá:vel que
 51 tem pra eles ↓né ficá de [cabeça pra ba]ixo
 52 IRENE: [ãrrã]
 53 (.)
 54 GABRIEL: aqui é o coração ((ouvem-se os batimentos
 55 cardíacos do feto))

O exame, como de costume, transcorre com o médico sinalizando as partes do corpo do bebê para a gestante (linha 42). Nesse instante, a gestante pergunta de forma acelerada se o bebê está de pé (linha 44), que pode ser o mesmo que estar virado para cima dentro do ventre. Gabriel, então, faz um reparo⁵¹ (ver nota abaixo; no próximo capítulo explicaremos em profundidade o conceito), de entendimento ou escuta, não podemos afirmar, sobre a pergunta feita por Irene, que imediatamente modifica sua pergunta, substituindo a expressão *em pé* por *sentado*. Nota-se que a gestante não cogitou a posição de cabeça para baixo em suas duas perguntas, contudo, o médico provê como resposta que o bebê está posicionado para baixo.

Irene parece ser surpreendida pela resposta (linha 49), reação para a qual Gabriel se orienta, explicando em seu próximo turno ser normal para o bebê estar de cabeça para baixo com 30 semanas gestacionais. Observamos, então, que Irene não esperava que o bebê estivesse em apresentação cefálica com o tempo gestacional de 30 semanas, isso se tornou evidente com uso do advérbio *já* (linha 49) em formato de pergunta identificado pela entonação. Fica evidente nessa interação que o médico está lidando com a apresentação cefálica e a gestante com o que pensar ser o encaixe do bebê. Instaura-se aqui um problema de intersubjetividade que não é explicitamente desfeito, visto que Irene não revela uma mudança de estado cognitivo depois das linhas 50-51.

No excerto seguinte, o tópico *encaixe* é trazido à conversa por Marlise, grávida de 32 semanas, e veremos que o médico lida com ele, contudo, não o faz até o fim da explicação sobre o que é o tempo normal de encaixe:

51 “conjunto de práticas para a resolução de problemas de escuta, produção e entendimento/compreensão apontados pelos participantes ao longo da interação” (LODER; GONZALEZ; GARCEZ, p. 117, 2002; SCHEGLOFF; JEFERSON; SACKS, 1977).

Excerto 7: ECOCLIN_FERNANDO_Marlise_OBST_06_05_2013

69 MARLISE: é ↑cedo ainda pra ela se encaixar né:: doutor
 70 fernando?
 71 FERNANDO: ↓é:: um pouco cedo
 72 MARLISE: tá
 73 ACOMPANHANTE: um pouco antes é três dia antes é [não vem com
 74 duas semana né]
 75 MARLISE: [é::: h hãhã]
 76 FERNANDO: hã (.) é que as vezes não quer dizê muita ↑coisa
 77 o bebê encaixa e fica assim até o fi↑nal
 78 MARLISE:: é?
 79 FERNANDO: mhm não dá pra,
 80 (1.1)
 81 MARLISE: [olha ela se mexe::]
 82 FERNANDO: [(se tem muita dúvida)]tem que ligá pro
 83 obstetra [(se precisá)]
 84 MARLISE: [ela tá] se mexendo bastante
 85 (1.6)
 86 FERNANDO: a última foi a três ↑dê
 87 MARLISE: é: a última foi a três dê que nós fizemos-
 88 FERNANDO: como é que tava o p↓eso
 89 MARLISE: que eu fiz contigo tava::,

Conforme mencionamos no início do texto, a partir de 28 semanas o bebê pode assumir a apresentação cefálica, que é referida pela gestante na pergunta como “encaixe” (linha 69). A pergunta de Marlise é realizada em um formato afirmativo com o marcador discursivo “né” (não é) ao final, solicitando, assim, uma resposta afirmativa do médico. Podemos observar que, primeiramente, o médico constrói a noção de que encaixe significa o mesmo que posicionamento cefálico (linha 76 e 77), ou seja, contribui para que o mal entendido sobre o tema não seja desfeito. O médico começa a explicar que o encaixe, em outras palavras, não significa que o bebê esteja pronto para nascer, mas que pode ser uma condição comum até o final da gestação, na verdade fazendo referência à posição cefálica, não à insinuação fetal. Assim, ao utilizar o mesmo item lexical escolhido pela gestante, o encaixe, o médico não desfaz o possível mal-entendido sobre a diferença de encaixe (insinuação) e de posição de cabeça para baixo (apresentação cefálica).

A gestante, após a explicação do médico, demonstra desconhecimento quando responde é? (linha 78), ou seja, reconhece aquela informação de que o bebê pode ficar encaixado até o final da gestação como nova e questiona o médico sobre isso. Ele, por sua vez, responde positivamente, iniciando uma nova explicação, que é abandonada parcialmente (mhm não dá pra,), como podemos ver pela entonação contínua depois de *pra* e, também, pela construção e sintaxe do turno, que termina de uma forma incompleta com a preposição

sem nenhum complemento depois. No entanto, quando o turno é retomado, na linha 82, o médico já não conclui o que estava dizendo no turno anterior, mas aconselha a gestante que procure seu próprio médico para esclarecer as dúvidas. Notamos, mais uma vez, que o exame de ultrassom pode ser um momento de esclarecer dúvidas que surgem por conta das imagens fetais compartilhadas na tela e pelos comentários do próprio médico.

Na continuação do exame, agora em outro momento, já na fase final, a gestante volta a perguntar sobre a posição do bebê, evidenciando a preocupação com a prematuridade:

Excerto 8: ECOCLIN_FERNANDO_Marlise_OBST_06_05_2013

209 FERNANDO: mas tá be::m então (.) o líquido tá bem
 210 nor↑ma:l, tá tudo joia
 211 (.)
 212 MARLISE: perigo >>dela tá meia<< baixa acho ↑nã::o,
 213 FERNANDO: acho que não a cabecinha tá bem pra baixo mesmo
 214 assim
 215 MARLISE: a cabecinha [tá,]
 216 FERNANDO: [mas] tem que vê com o teu obstetra
 217 não sei te dizê de dilatação [as coisas assim
 218 daí tem que vê com ele é]
 219 MARLISE: [é não eu quando
 220 eu fui dia vinte e três de abril] não tinha
 221 dilatação não tinha nada mas agora pra mim vê
 222 na eco do percentil vai tá escrito [percentil
 223 (para a semana,)]
 224 FERNANDO: [sim eu
 225 coloco] ali mas se for é um pouquinho
 226 ↑menos só que cinquenta nada demais
 227 MARLISE: nada:,
 228 ACOMPANHANTE: se tivé um gráfico do tamanho dela e do tamanho
 229 da mãe tá: perfeito então
 230 MARLISE: [ahaha]

O médico, na linha 209, faz uma avaliação positiva sobre o líquido amniótico, momento em que a gestante traz novamente o tópico *encaixe* para o exame (linha 212). Marlise utiliza a palavra *perigo*, sinalizando para a possibilidade de o bebê estar muito para baixo no ventre, ou seja, encaixado. Aqui podemos inferir que o risco é a prematuridade, visto que a gestante está com apenas 32 semanas gestacionais. Fernando confirma que a cabeça, apenas essa parte, está para baixo, intensificando com o advérbio *bem*, e, ao mesmo tempo, não desconsidera que haja perigo na medida em que não provê certeza sobre a relação entre cabeça bem para baixo e o parto antecipado (*acho que não*). O médico muda o referente, que antes era o bebê (*dela*, linha 212), para cabeça (linha 213). Isso fica evidente quando a

gestante responde na linha 115 repetindo o novo referente, ou seja, repetindo sobre o que se está falando, demonstrando que o referente *dela/ela* de antes não era a cabeça, mas agora é.

Mais uma vez, o médico indica que a gestante questione o seu obstetra, agora em relação a uma possível dilatação, delimitando sua atuação enquanto ultrassonografista obstétrico (as coisas assim daí tem que vê com ele é). Marlise imediatamente se justifica quanto à dilatação, mencionando que na consulta que teve nada apareceu, deixando claro que esse não seria um problema. Observamos também que a gestante pergunta sobre o percentil, índice que faz a relação entre peso e a idade gestacional, mostrando se o peso do bebê está adequado para as semanas gestacionais. O percentil padrão é 50°, e com 32 semanas o peso ideal seria 1,900Kg em média. Essa pergunta demonstra, novamente, preocupação com a prematuridade, visto que o peso passa a ser a medida mais importante no 3° trimestre quando se pensa em parto prematuro. O médico, quanto a isso, informa à gestante que se houver alteração no índice não será alarmante.

Com a análise evidenciamos que a preocupação da gestante com a posição do bebê volta à conversa, demonstrando que a primeira resposta do médico sobre o encaixe (excerto 7 e 8) não fora suficiente para sanar suas dúvidas. Nesse sentido, também nesse momento não há certezas sobre o risco de prematuridade relacionada à posição, visto que o médico logo menciona a dilatação, que faz parte do trabalho de parto, e orienta a gestante a procurar o obstetra. Esse dado também nos revela o conflito de papéis relacionados ao profissional realizador do exame, que é, ao mesmo tempo, ultrassonografista e médico, com especialidade em ginecologia. É de conhecimento das gestantes que o ultrassonografista é também médico, por isso, muitas vezes, o papel do profissional pode fundir-se no momento do exame.

No próximo excerto, a gestante Graça questiona o médico sobre a posição do bebê, demonstrando que desconhece a diferença entre posição e encaixe, como podemos observar a seguir.

Excerto 9: ECOCLIN_GABRIEL_Graça_DOPP_07_01_2013

| | | |
|-----|---------------|---|
| 235 | GABRIEL: | se escondeu de novo (.) virou de costas (.) |
| 236 | | é o bebê tá se mexendo assi:m tá tendo todo |
| 237 | | esse espa:ço tá tudo be:m né |
| 238 | GRAÇA: | °é° |
| 239 | | (2.0) |
| 240 | GRAÇA: | mas no caso do jeito que ela está- na |
| 241 | | posição que ela está não é a posição de |
| 242 | | nascimento né? |
| 243 | GABRIEL: | é: |
| 244 | ACOMPANHANTE: | °é:° |

245 GRAÇA: é:?
 246 GABRIEL: ãrrã (1.0) tá na posição, cabeça pra
 247 ↑ba:ixo, (.) o dorso é que ela pode mudá né
 248 >por exemplo< (.) é:: no início do exame
 249 tava bem aqui pra cima né [agora]=
 250 GRAÇA: [mhm]
 250 GABRIEL: =tá um
 251 pouquinho virado lá pro lado esquerdo daqui
 252 um pouquinho vai tá pra ↑cá: °então° ó as
 253 cos- as costinhas tão sempre mudando
 254 (.) é a prova de que tem bastante espaço
 255 (2.0)
 256 GABRIEL: mas não tá encai↑xada tá graça pode ficá
 257 tranquila [(que não),]
 258 GRAÇA: [ha:i] era esse o meu medo
 259 GABRIEL: não não ↓tá só: de cabeça pra baixo que é:
 260 a posição mais confortável dos bebês (1.0)
 261 pesa:ndo dois quatrocentos e noventa
 262 ACOMPANHANTE: [no::ssa]
 263 GABRIEL: [e o tamanho] como eu fale:i coloco no
 264 la:udo (.) baseado no fêmur

Na linha 240, Graça questiona o médico sobre a posição do bebê, com um formato de pergunta que tem um marcador discursivo *né* (não é) e também o advérbio de negação (não). Essas marcas linguísticas sugerem uma resposta do médico consoante em relação ao conteúdo da pergunta, pois se trata de uma pergunta polar, que neste caso está relacionado com a posição e o nascimento do bebê. Em outras palavras, a pergunta de polaridade negativa pede uma resposta igualmente negativa como preferida. Percebemos com essa pergunta que a gestante está relacionando a apresentação cefálica necessariamente com um bebê encaixado. Gabriel, em resposta, afirma que a posição do bebê é a mesma posição de nascimento (linha 243), contrariando a expectativa de resposta criada com a pergunta, constituindo, assim, uma resposta despreferida, contudo, em um formato preferido. Esse formato é nomeado como preferido pela *ausência* de marcas características de despreferência, como a perda de fluidez da conversa, perturbações na fala, representadas por atrasos gerados por pausas excessivas, repetições vocabulares, abandono de turno, retomada de turno, volume de voz mais baixo, sequências introdutórias, vocabulário mitigado, entre outros.

Graça demonstra reconhecer a informação provida pelo médico de que o bebê já está na posição de nascimento como nova por meio de um pedido de confirmação (linha 245). Esse pedido de confirmação também revela que a resposta do médico foi despreferida ao formato de pergunta da gestante e, portanto, não esperada. O médico inicia, então, uma explicação sobre a posição do bebê, tratando-a como algo normal e mesmo positivo para a gestação (linhas 246 a 252). Na sequência, há uma pausa, que ocorre em um lugar relevante

para a transição de falante, mas nem a gestante ou seu acompanhante tomam o turno de fala. Observa-se que nem mesmo um recibo de entendimento a gestante provê (e.g. mhm). É perceptível que Gabriel de alguma forma percebe essa não-tomada de turno e então menciona que o bebê não está encaixado, antecipando, ao que parece, uma dúvida da gestante que não ficou totalmente exposta na interação, mas que foi deflagrada pela falta de uma confirmação de que a sua pergunta, feita ainda nas linhas 240-242, não havia sido respondida.

Interessante observar que Gabriel, quando fala pode ficá tran[quila] (linha 255), demonstra ter compreendido a alusão feita pela gestante em seu turno de fala. Em fala sobreposta, a gestante logo confirma que o turno do médico respondeu a sua dúvida, que ela mesma nomeia como *medo* (linha 256). Torna-se, assim, evidente que havia uma compreensão errônea da gestante sobre o significado do posicionamento do bebê.

No excerto 10 abaixo, o médico, Leandro, faz um ultrassom obstétrico simples, típico exame de controle do final de gravidez, visto que Branca está com 38 semanas gestacionais. Nessa interação, há também uma pergunta sobre o bebê estar ou não encaixado, no entanto, as explicações do médico para a pergunta são diferentes da resposta do médico, Gabriel, como poderemos observar.

Excerto 10: ECOCLIN_LEANDRO_Branca_OBST_13_05_2013

17 LEANDRO: cruza um pouquinho >a perni↓nha< por favor (3.9) mhm
 18 (2.6)
 19 cabeci:nha tá aqui emba:ix:o
 20 (1.9)
 21 BRANCA: ele já tá encai↑xado >>ou não<<?
 22 (1.3)
 23 LEANDRO: °n::ão° ele tá cefá:lico, insinuadinho aqui mas não
 24 chega tá enCAIXA:do me:smo (0.9) encaixado é quando
 25 ele PAssa do: (0.8) do plano ze:ro que a gente cha:ma
 26 né: (1.4) ele fica até ruim da gente fazê o exame
 27 porque nã:o
 28 (0.5)
 29 BRANCA: a:h tá::
 30 LEANDRO: não pega bem o o pólo cefá:lico (1.8) aqui dá pra vê
 31 o tálamo tudo bem ele ainda não tá: bem encaixa:do
 32 (1.8)
 33 LEANDRO: é o >primeiro<?
 34 BRANCA: é:: (4.9) aí é em cima da cabeci:nha?
 35 (0.5)
 36 LEANDRO: °cabe↑ci:nha°° (6.3) °hum:° subi:ndo

O médico inicia o exame mostrando à gestante a posição em que o bebê está, referindo-se especificamente à cabeça, que está para baixo. Esse comentário *online* desencadeia a pergunta da gestante sobre o encaixe do bebê (linha 21). No formato da pergunta podemos notar a partícula *já* que parece representar uma situação que provavelmente não seria esperada para aquele momento, a saber, o encaixe do bebê. Leandro provê uma resposta negativa, contudo, carregada de termos técnicos, como *cefálico*, *insinuadinho* e *plano zero*. Por meio desses termos, o médico explica em detalhes o processo de encaixe do bebê (linhas 23 a 27), diferenciando *encaixe* de *posição cefálica*. Mesmo com o uso dos termos técnicos, é interessante perceber que Branca, na linha 29, demonstra compreender a explicação e, mais do que isso, demonstra ter recebido uma nova informação, pois o uso da partícula *ah* evidencia uma *mudança de estado cognitivo* (HERITAGE, 1984; SCHEGLOFF, 2007) da gestante. É importante mencionar que, das interações analisadas (de forma geral entre todos os médicos), essa prática utilizada por esse médico para responder ao questionamento da gestante sobre a diferença da posição e do encaixe ocorreu somente nesta interação.

Nesta seção analítica, vimos que o assunto parto é trazido à interação tanto pelo médico quanto pelas gestantes, mas que elas já vêm à ultrassonografia com a decisão tomada sobre o tipo de parto. Também relacionado ao parto, pudemos mostrar que a palavra encaixe gera problemas interacionais, visto que o significado do termo não é o mesmo para médicos, que têm o conhecimento técnico, e para gestantes, que desconhecem a diferença entre encaixe e posição.

Na próxima seção, faremos uma revisão de literatura sobre o termo *orientação* em textos da Análise da Conversa, assim como uma análise de dados que traz a orientação dos participantes como foco principal.

4.2 A Orientação na Fala-em-interação

Em pesquisas de cunho naturalístico como esta, os focos de análise são delineados realmente a partir da observação dos próprios dados e da identificação de alguns fenômenos que ocorrem regularmente nas interações gravadas. Em outras palavras, podemos dizer que a essência do que será analisado emerge dos próprios dados e, normalmente, não é tomada *a priori*. Assim, ao iniciar o desenvolvimento de nossa análise de dados, além da questão sobre o parto, um fenômeno de ordem interacional mostrou-se relevante para a discussão analítica. Primeiramente, esse fenômeno nos fez refletir sobre o que estava acontecendo

interacionalmente e, assim, tentamos encontrar uma resposta àquela inquietação. A partir dessa busca, chegamos ao termo *orientação*, tão comumente utilizado nos textos de Análise da Conversa, atrelado a uma gama extensa de aspectos interacionais por diferentes autores da área (e.g. SCHEGLOFF, 2007; SPEER, 2005; NISHIZAKA, 2010; HERITAGE; CLAYMAN, 2010). Ao nos debruçarmos sobre a literatura e depois de contarmos outros analistas da conversa, verificamos que há uma lacuna nos estudos no que concerne à definição propriamente dita de orientação. Por isso, nosso objetivo com a confecção deste capítulo é propor uma *sistematização* para o conceito de orientação.

Interessa-nos pesquisar o termo pela importância do vocábulo para o entendimento das análises propostas pela área, bem como para a compreensão das nossas próprias análises nesta pesquisa para que, dessa forma, possamos utilizá-lo com menor ambiguidade, trazendo, assim, uma contribuição teórica aos analistas quando o empregarem. Em particular, para a nossa pesquisa, as orientações divergentes entre os participantes parecem ser o fio condutor de impasses conversacionais, por isso a importância de investigá-la e defini-la. Assim, o que apresentaremos a seguir é um mapeamento, realizado a partir da revisão da literatura, de alguns possíveis usos do termo, apontando em que níveis são tomados pelos interagentes durante a conversa.

4.2.1 Orientação e a Maquinaria da Conversa

Na literatura da área, observamos o uso do termo *orientação* já no texto considerado o marco inicial da Análise da Conversa. O artigo *Sistemática elementar para a organização da tomada de turnos para a conversa* (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974; 2003)⁵² propõe um modelo para a organização da conversa, revelando algumas “regras” da maquinaria que a envolve, enfatizando o caráter sequencial da fala-em-interação. Os autores, nesse artigo, lidam em diferentes momentos com o termo *orientação*, mas o relacionam sempre às regras observáveis que constituem a conversa, como, por exemplo, o lugar relevante para a troca de falantes.

Conforme Sacks, Schegloff e Jefferson (1974; 2003), o falante corrente *orienta-se* para o fato de que o outro interagente pode se autosselecionar. Por isso utiliza em seu turno de fala o mínimo de pausas para que o outro não as tome como lugar relevante para transição e inicie um novo turno na conversa. Essa *orientação* ocorre porque há uma pressão de ambos os

⁵² Originalmente publicado em 1974 e traduzido para a língua portuguesa em 2003, com publicação pela Revista Veredas.

interagentes em relação ao tamanho dos turnos. Nessa primeira menção ao termo *orientação*, podemos observar que a palavra foi empregada no sentido de *estar atento* ao que acontece na interação, ainda que essa “atenção” não seja necessariamente consciente aos interagentes.

Estar atento ao andamento da conversa também está atrelado ao gerenciamento local do tamanho e da ordem dos turnos em uma conversa. Conforme Sacks, Schegloff e Jefferson (1974; 2003), os interagentes demonstram esse gerenciamento na conversa por meio do princípio fundamental da fala-em-interação: o ajuste ao interlocutor⁵³. Em outras palavras, podemos dizer que a fala de um interagente, quando projetada em uma conversa, é ajustada ao seu interlocutor. Referindo-se a esse ajuste, os autores pontuam que os interagentes “*exibem uma orientação e sensibilidade ao(s) outro(s) específico(s) que é/são coparticipante(s)*” (2003, p. 51, grifo nosso). Ou seja, os interagentes estão *orientados*, ou atentos, não somente à maquinaria que rege a conversa, mas, também, ao interlocutor⁵⁴.

Compreendemos e sustentamos, dentro desse texto inicial, que a orientação é demonstrável na sequencialidade da conversa, sendo passível de análise, pois é tornada interacionalmente relevante pelos interagentes, como qualquer outro aspecto analisável pela perspectiva da AC. Salientamos que ser interacionalmente relevante não atribui um caráter consciente aos participantes, pois a orientação aqui descrita parece ser algo intrínseco ao indivíduo e que faz parte das regras que interagentes seguem de forma tácita para manter uma conversa em andamento.

4.2.2 Orientação e Identidades

As identidades dos interagentes (e.g. médico, paciente, professor, aluno) estão relacionadas à orientação, ligadas à exibição que os participantes fazem delas durante a conversa. Na entrevista concedida por Schegloff à Wong e Olscher (2000), o pesquisador menciona que os participantes *demonstram* que a *identidade* está em jogo na conversa quando lidam com ela de alguma forma, assim *demonstrando orientação*. A orientação aqui para Schegloff ocorre quando os próprios participantes lidam com as identidades que emergem na interação. Ao tratar a orientação como “demonstrável” interacionalmente, podemos inferir que, para Schegloff, a orientação está na superfície da conversa e, dessa forma, pode ser vista

⁵³ Recipient design.

⁵⁴ A noção de que o falante deve projetar seu turno com uma orientação para o outro interlocutor e de que os participantes exibem orientação é fundamentada já nas *Lectures* de Sacks nos anos 1960, organizadas e publicadas somente em 1992 por Gail Jefferson.

e notada pelo analista e pelos outros interagentes. Mais do que isso, Schegloff menciona que toda análise deve ser fundamentada na *orientação* apresentada pelo interlocutor.

Antaki e Widdicombe (1998) reforçam a afirmação exposta por Schegloff acima quando mencionam que as *identidades* dos participantes serão passíveis de análise quando os eles mesmos *orientarem-se a elas* e as *tornarem relevantes*. Os autores esclarecem que *tornar relevante e orientar-se a* são parte da *terminologia* da abordagem analítica da conversa que demonstram que o trabalho de *construção das identidades* está nas mãos dos próprios interagentes, não do analista. Antaki e Widdicombe (1998) também explicam que os participantes podem orientar-se para algo na interação sem necessariamente nomeá-lo em voz alta. Conforme os autores, os interagentes podem *orientar-se* para o que o outro participante está falando como uma pergunta ou como uma afirmação, ou ainda, podem *orientar-se* para o outro participante como pai ou como um homem de negócio (ANTAKI; WIDDICOMBE, 1998). Torna-se evidente, a partir dos exemplos citados, que a orientação será vista na sequencialidade da conversa, pois somente vamos ter acesso a ela quando o participante responder ao outro interagente⁵⁵. Nesse ponto, consideramos que há um avanço quanto à construção de um significado atribuído à *orientação*, visto que os autores tratam o termo como terminologia específica da AC e formulam que *tornar relevante e orientar-se para* não são sinônimos, mas estão imbricados na construção de um conceito para a AC.

Outro autor que relaciona orientação às identidades dos participantes da interação é Raclaw (2009). O autor constrói, a partir de um excerto retirado dos dados originalmente publicados por Heritage (1992)⁵⁶, a noção de que as identidades, assim como já mencionado acima, são demonstráveis no curso da interação por meio da orientação dos participantes. No excerto em questão⁵⁷, a agente de saúde visita uma família e realiza um comentário sobre o bebê do casal, relacionado a um movimento que a criança fazia com a boca (*Ele está se divertindo*). A partir dessa observação feita pela agente, a mãe e o pai do bebê respondem de

⁵⁵ Schegloff (1988) traz um exemplo que pode ajudar a elucidar a questão da orientação presente na sequencialidade. No excerto, a mãe pergunta ao filho *Você sabe quem vai para a reunião?*. Essa pergunta pode, como demonstram Hutchby e Woffitt (1998), desempenhar duas ações: um pedido de informação ou um pré-anúncio. Assim, somente com o próximo turno, a partir da resposta do interlocutor, será possível ver a orientação, ou seja, a forma como o participante tomou essa pergunta para si.

⁵⁶ Originalmente publicado no livro *Talk at Work* (1992), no capítulo intitulado *Dilemmas of device: aspects of the delivery and reception of device in interactions between Health Visitors and first-time mothers* (p. 359-417).

⁵⁷ Excerto de dados coletados na Inglaterra. As interações gravadas ocorreram em primeiras visitas de agentes de saúde a mães primíparas já em suas casas dez dias após o nascimento do bebê. O trabalho das agentes é aconselhar as mães e os pais sobre cuidados com a criança, prevenção de doenças etc. (HERITAGE; SEFI, 1992).

formas diferentes, demonstrando orientações distintas quanto ao comentário, o que Raclaw (2009) afirma estar relacionado às identidades de cada um (de mãe e de pai).

O pai da criança concorda com a observação feita (*Sim, certamente está*), enquanto a mãe responde defensivamente (*Ele não está com fome*), inferindo que a agente está insinuando que o seu bebê possa estar com fome. Raclaw (2009) explica que ao falar isso, “a mãe exibe uma orientação para um dos objetivos institucionalmente atribuídos ao profissional de saúde, que é avaliar se as necessidades da criança (por exemplo, a de ser alimentada adequadamente) estão sendo cumpridas⁵⁸” (p. 13, tradução nossa). Em outras palavras, a resposta da mãe da criança, além de demonstrar que há uma orientação em relação ao seu desempenho como mãe, também revela uma orientação relacionada à agente como alguém que pode julgar a sua competência como mãe. O pai, por sua vez, ao concordar com o comentário da agente, demonstra não estar orientado a uma possível negligência das identidades de pai e de mãe.

As identidades de gênero, para a Análise da Conversa, assim como outras identidades já citadas acima, relacionam-se com a *orientação* na medida em que os participantes as tornam interacionalmente relevantes, voltando-se para elas durante a conversa. Conforme explica Speer (2005 *apud* SCHEGLOFF, 1997), gênero será palpável interacionalmente quando os participantes *se orientarem* para ele, demonstrando, assim, que gênero tem influência sobre o que está acontecendo na interação. A autora reforça que caso os participantes não se mostrem orientados a gênero, o analista não tem razões para afirmar que esse aspecto é interacionalmente relevante.

A noção de gênero como algo interacionalmente palpável e revelado durante a conversa, dentro, obviamente, dos propósitos da AC, vai de encontro à ideia de que o sexo dos interagentes determina o comportamento conversacional. Encontramos nessa menção ao termo *orientação* o sentido de *demonstrar*, ou *tornar relevante*, na sequencialidade da conversa, aspectos relacionados a gênero. Por essa razão, o termo *orientação* dentro do aspecto de identidade de gênero se assemelha fortemente ao significado imbuído às identidades para propósitos de AC.

⁵⁸ The mother's turn at talk thus displays an orientation to one of the institutionally-ascribed goals of the health worker, to evaluate whether the needs of the child (e.g. being adequately fed) are being met.

4.2.3 Orientação e Contexto Interacional⁵⁹

O contexto interacional também está relacionado à orientação dos participantes, visto que é um recurso relevante para a conversa em andamento e essa relevância será demonstrada por meio das *orientações* dos falantes (RACLAW, 2009). Em outras palavras, a *orientação* torna-se visível aos olhos do analista e proporciona a análise de outro fator que pode moldar a interação e influenciar a fala-em-interação: o contexto. Segundo Raclaw (2009), são as *orientações tornadas relevantes* na conversa que determinam ao analista quais aspectos interacionais ganham significado para os próprios interagentes, nesse caso, particularmente aspectos que possam significar o contexto.

Ao encontro do que dizem Drew e Heritage (1992), no clássico *Talk at Work*, sobre o contexto institucional e a conversa institucional e sobre a orientação dos participantes às tarefas e funções institucionais, Raclaw (2009) afirma que os participantes *orientam-se* ao objetivo da interação, às tarefas ou às identidades relacionadas com a instituição que estão sendo invocadas. *Orientação*, a partir dessa visão, parece ser um “dispositivo” acionado pelos interagentes ao engajarem-se na troca interacional com outro interagente, sofrendo larga influência das identidades tornadas relevantes e do contexto em que se encontram.

Ainda sobre a orientação dos participantes ao contexto institucional, Heritage e Clayman (2010) afirmam que a “interação social é informada por organizações estruturais institucionalizados de práticas para as quais os participantes estão normativamente orientados⁶⁰” (2010, p. 13, tradução nossa). Para o estudo da fala-em-interação, portanto, a *orientação* é praticamente uma regra, ou um preceito, para que haja trocas entre os participantes.

Essa noção torna-se clara quando os autores citam como exemplo o contexto de serviços de emergência (e.g. bombeiros, polícia, etc.). Heritage e Clayman (2010) explicam que ao ligar para o Corpo de Bombeiros em busca de ajuda, o comunicante compreende a pergunta feita pelo atendente (*Qual é o problema?*) como um requerimento de diagnóstico para o problema de saúde da pessoa que precisa de socorro, causando um desentendimento entre comunicante e atendente. Os autores nomeiam esse fato como *orientações divergentes* e explicam que “este mal entendido semântico é, no entanto, apenas a camada superficial de

⁵⁹ Para aprofundamento da noção de *contexto* para Análise da Conversa ver capítulo metodológico, na seção Fala-em-interação institucional.

⁶⁰ Fundamental to the inception of CA is the idea, inherited from Goffman, that social interaction is informed by institutionalized structural organizations of practices to which participants are normatively oriented.

uma má compreensão mais profunda sobre a natureza fundamental da operação em que se encontram envolvidos⁶¹” (2010, p. 95, tradução e grifo nosso).

Os autores também esclarecem que o comunicante não *se orienta* para o Corpo de Bombeiros como um serviço que requer justificativas para utilizá-lo, mas como um serviço comum ao qual o requerimento pode ser feito sem a necessidade de justificativas. Compreendemos com essa constatação dos autores que a *orientação* sobre o contexto está a serviço da interação na medida em que corrobora para o entendimento comum entre os falantes e, no caso do contexto estudado por Heritage e Clayman, na compreensão entre os interagentes na solicitação da chamada. Na interação apresentada pelos autores, há um entendimento sobre o que está sendo solicitado (um serviço), mas há uma divergência na forma como essa solicitação é feita, ou seja, quais os procedimentos padrões que devem ser utilizados para solicitar o serviço.

Corroborando com a noção de que a orientação ao contexto institucional ajuda a construir esse contexto na fala-em-interação, Sidnell (2010) afirma que há uma *orientação universal* por parte dos participantes para criar o contexto e que essa orientação molda as formas pelas quais esses participantes falam. Compreendemos que na medida em que a orientação dos participantes esteja voltada para determinado contexto específico, esse mesmo contexto vai sendo coconstruído pelos participantes através de suas falas no turno a turno da interação.

4.2.4 Uma Possível Definição para Orientação?

No ano 2012, o livro *Humanização, Gênero e Poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde*, de Ostermann e Meneghel (org.), trouxe uma definição do termo *orientação/orientar-se* em um glossário com termos da Análise da Conversa. Assim, pela primeira vez, houve a tentativa de delimitar o termo para leigos e estudiosos da área. Nas palavras de Souza e Ostermann (2012, p. 164-165), orientar-se é

mostrar que considera a contribuição do interlocutor fazendo algo em resposta, ainda que seja discordar da contribuição. É também tornar relevante na interação algo produzido em turno anterior ou mesmo algo mais amplo no contexto interacional (um ruído do lado de fora da sala, por exemplo; gritos em um corredor próximo etc.). Um participante pode, inclusive, orientar-se para algo não necessariamente dito, não feito, mas que foi aludido ou antecipado, de uma forma ou de outra, pelo outro interagente.

⁶¹ This semantic misunderstanding is, however, merely the surface layer of a deeper misapprehension regarding the fundamental nature of the transaction in which they are engaged.

Por exemplo, o médico pode se orientar para a possibilidade de a paciente estar atribuindo a dor que sente na coluna à anestesia do parto e age para desfazer esse entendimento, que na verdade não foi de fato explicitado.

Compreendemos que a definição propõe que orientação é demonstrável pelos participantes na interação e está relacionada tanto ao contexto físico quanto interacional. Outro ponto que nos chama a atenção nessa definição é sobre a orientação não estar ligada a algo necessariamente dito durante a interação, pois isso parece ser absolutamente coerente com os dados que serão analisados a seguir. Ainda assim, essa definição não consegue alcançar o fenômeno com o qual estamos lidando em nossos dados, o que nos exige buscar uma definição mais abrangente para orientação em nossos dados.

Ao observar os dados desta pesquisa, por vezes nos deparamos com questionamentos acerca do ocorria interacionalmente, se estávamos frente à *Orientação* dos participantes ou se estávamos lidando com a *intersubjetividade* ou a falta dela na interação. Os dois termos se fundem, muitas vezes, em um mesmo significado, o de entendimento mútuo, mas, como veremos a seguir, a partir da análise de dados, não são sinônimas, mas, ainda assim, estão imbricadas na construção do entendimento comum entre os interagentes. Entendemos que a *orientação* permeia a fala-em-interação em diferentes níveis, pois os interagentes estão *orientados* a todo tempo à organização da conversa, ao interlocutor, ao contexto e às identidades. Todas essas orientações são demonstradas pelos interagentes na sequencialidade da conversa e só assim podemos analisá-las.

Podemos nos perguntar: como as orientações são, então, demonstradas na conversa? Refletindo sobre as menções ao termo, compreendemos que a orientação será demonstrada quando os participantes tornarem suas práticas e ações relevantes para a conversa em andamento, revelando, assim, orientações convergentes. Contudo, como vimos no exemplo de Heritage e Clayman (2010), a orientação também pode ser divergente e, da mesma forma, ser revelada durante a sequencialidade da conversa. Schegloff, em entrevista à Wong e Olscher (2000), diz que o analista só poderá mostrar algo como *problemático* na conversa quando o próprio participante mostrar que está *orientado* a essa problematidade, pois não há como inferir nada sobre a interação. Isso nos faz refletir sobre o fato de que há dois tipos de orientação: uma orientação que só poderá ser analisada quando for “quebrada”, ou seja, quando for divergente, e outra que será vista na medida em que os participantes estão colaborando na coconstrução da conversa.

Por ser compreendida como uma das responsáveis pela manutenção da conversa e pelo entendimento entre os interagentes, a orientação passa agora a ser objeto de análise dos nossos dados.

4.2.5 Refletindo sobre a Diferença entre Orientação e Intersubjetividade

Retomamos aqui a interação entre o médico Gabriel e a gestante Tessalia, analisada no capítulo anterior como Excerto 5, em que mostramos a decisão da gestante em realizar a cesárea já no sétimo mês de gestação. Damos continuidade aqui à análise, contudo, com o foco na orientação dos participantes, mostrando em que medida orientação pode ser distinguida de intersubjetividade nessa conversa.

Excerto 11: continuação de ECOCLIN_GABRIEL_Tessalia_OBST_08_01_2013

157 GABRIEL: bem nor↑mal o exame tessalia
 158 TESSALIA: então tá ↑ótimo (0.8) gordi:nho
 159 GABRIEL: tá gordinho ↑né (.) se ele continuá assim ele va:i
 160 fácil aos três e duze:ntos três e treze::ntos, (0.7)
 161 até o final da gestação
 162 (0.8)
 163 TESSALIA: [<e ele> ↑é]
 164 GABRIEL: [>pode até passá<]
 165 TESSALIA: ou a posição, tudo que ele tá::>provavelmente ele
 166 fique< até os nove: meses [certinho]=
 167 GABRIEL: [sim]
 168 TESSALIA: =↓né=
 169 GABRIEL: =é muito
 170 difícil mudá essa pose ↓né que tá de cabeça pra
 171 baixo↓ já=
 172 TESSALIA: =mhm
 173 GABRIEL: ele pode mudá as costinhas né tipo=
 174 TESSALIA: =sim=
 175 GABRIEL: =tá lá pro teu
 176 lado esquerdo vim pro teu lado [direito]=
 177 TESSALIA: [sim]
 178 GABRIEL: =e tal mas::
 179 (.)
 180 TESSALIA: >hmas eu vou< é. do que >mesmo jeito< eu vou fazê
 181 °cesária°.
 182 GABRIEL: a: tu vai fazê.
 183 TESSALIA: vou (.) mas eles no caso assim não tem perigo
 184 >>(eles vê)<< ou não tem como se sabê também se
 185 ele- vir antes eu tenho medo é:: sabe tipo:: eu
 186 vou tá de sete e meio agora oito e:: ele começá::

187 >que eu tô sentindo< bastan:te contração
 188 ultimamente=
 189 GABRIEL: =°contração°.=
 190 TESSALIA: =é: é isso que eu fico
 191 meio preocupada=
 192 GABRIEL: =é isso eu não tenho como te
 193 a[judá]
 194 TESSALIA: [não tem] ↑né como- °certo°=
 195 GABRIEL: =né::
 196 (.)
 197 TESSALIA: >aí já tá vendo< demais né dou↓tor=
 198 GABRIEL: =é né? eu faço o
 199 que eu [↑posso]
 200 TESSALIA: [hihihi] [{"rindo"}mágica ai:nda:}]=
 201 GABRIEL: [HÃHÃhãhãhãhã]
 202 TESSALIA: =por enquanto
 203 não tá fazendo hh=
 204 GABRIEL: =.hh=((riso inspirado))
 205 TESSALIA: =hh
 206 (1.5)

Dando continuidade à análise da interação entre Gabriel e Tessalia, observamos que ao dizer ao médico que vai realizar uma cesárea, a gestante inicia o seu turno com a conjunção adversativa “mas” (linha 180). Essa conjunção, pode, segundo Halliday e Hasan (1976) apud Moura Neves (1999), representar uma relação interna à comunicação “no sentido das representações das impressões particulares do falante acerca da situação” (p. 473). Seguindo essa linha de argumentação, essa conjunção não se opõe necessariamente a uma afirmação explícita sobre o tipo de parto feita pelo médico, mas sim expõe uma interpretação acerca do que foi dito por ele. Além da conjunção *mas*, a expressão *mesmo jeito* deflagra novamente contraposição, ao indicar que, mesmo diante de tudo que foi dito pelo médico nos turnos anteriores, a decisão pelo tipo de parto já está tomada.

Entendemos que nesse momento da interação há uma quebra de entendimento do que seja senso comum no que concerne à normalidade da gravidez, referente às explicações feitas por Gabriel. Aqui podemos compreender que as explicações providas pelo médico à Tessalia (linhas 169, 170, 171, 173, 175 e 176), baseadas na pergunta das linhas 165-166, tiveram uma interpretação bem específica pela gestante. Ao se opor ao que ela havia entendido como “pressuposto” na fala do médico (ou seja, de que a gravidez se encaminhava para o parto normal), a gestante parece reparar, em certa medida, o referente, ou seja, a que exatamente estava se referindo quando fez a pergunta, e expõe que entendeu a explicação do médico como uma descrição de características típicas de evolução para um parto normal ao final da gestação, ou ainda, que a gravidez dela se encaminha para isso.

Precisamos nesse momento esclarecer que o turno que inicia na linha 180 possui algumas das características do sistema de *reparo*, por isso discorreremos sobre a possibilidade de interpretação da ação de Tessalia como um reparo. O sistema de reparo conversacional é definido como “um conjunto de práticas para a resolução de problemas de escuta, produção e entendimento/compreensão apontados pelos participantes ao longo da interação” (LODER; GONZALEZ; GARCEZ, p. 117, 2002; SCHEGLOFF; JEFERSON; SACKS, 1977). É, portanto, um recurso usado na conversa para manter a intersubjetividade entre os falantes (SCHEGLOFF, 1992). Tomamos como exemplo um reparo de escuta iniciado pelo interlocutor e levado a cabo pelo falante da fonte de problema (LODER, 2008, p. 108):

FALANTE A: é matemática ou português::?

FALANTE B: é pragmática

FALANTE A: é o QUÊ? → **iniciação de reparo**

FALANTE B: pragmática → **resultado da iniciação (repetição da palavra)**

O reparo segue quatro *práticas básicas*, ou trajetórias elementares, descritas por Schegloff, Jeferson e Sacks (1977):

- a) reparo iniciado e levado a cabo pelo falante da fonte de problema;
- b) reparo iniciado pelo falante da fonte de problema e levado a cabo pelo outro interlocutor;
- c) reparo iniciado pelo outro interlocutor e levado a cabo pelo próprio falante da fonte de problema;
- d) reparo iniciado e levado a cabo pelo outro interlocutor (não pelo falante da fonte de problema).

No que concerne à sequencialidade, o reparo ocorre nas seguintes oportunidades: “no mesmo turno da fonte de problema (pelo próprio falante), no espaço de transição de turnos (pelo próprio falante), no turno seguinte (pelo outro interlocutor) e no terceiro turno em relação à fonte do problema (pelo próprio falante)” (LODER; GONZALEZ; GARCEZ, p. 117, 2002; SCHEGLOFF; JEFERSON; SACKS, 1977). O turno das linhas 180-181 da conversa entre Tessalia e Gabriel não segue nenhuma das quatro práticas descritas acima (a-d), assim como esse turno da gestante ocorre após algumas oportunidades de tomar o turno e realizar o reparo. Nos turnos em que teria a oportunidade de realizar o reparo, Tessalia provê apenas continuadores de fala (linhas 172, 174, 177).

Schegloff (1992; 1997) descreve o *reparo em terceira posição*, outra trajetória possível de reparo, não muito comum, que se aproxima do que estamos observando em nossos dados. Esse tipo de reparo ocorre quando um falante repara o que foi dito por ele mesmo

somente após a resposta do outro interlocutor. Normalmente, esse reparo expressa “eu não quis dizer isso” ou “eu não disse x, quis dizer y”. Vejamos um exemplo que ilustra o reparo em terceira posição⁶² (LODER, 2008, p. 119):

FALANTE A: é até qua:ndo, → **posição 1** (pergunta)

FALANTE B: oi?

FALANTE A: é até qua:ndo, → **posição 1** (repetição da pergunta)

FALANTE B: é: se:is me:ses → **posição 2** (resposta/entendimento da pergunta)

FALANTE A: não ma::s- até qua:ndo eu posso faze::r a:- a:, (0.4) eu posso compra::r, → **posição 3** (reparo)

FALANTE B: a assinatura:?

FALANTE A: ã,

FALANTE B: essa sema:na

Nesse excerto, a fonte do problema ocorre na pergunta do falante A (posição 1), que, inclusive, é repetida devido a um reparo de escuta (oi?). Na sequência, o turno do falante B responde a pergunta realizada pelo falante A (posição 2). Essa resposta, então, revela ao falante A que houve um problema com sua pergunta. Por isso, na posição seguinte (posição 3), o falante A faz um reparo sobre o seu próprio turno da posição 1, reelaborando a pergunta. O falante B, por sua vez, oferta um novo referente (a assinatura?), ao que o falante A aceita. Em suma, temos na posição 1 (P1) a fonte do problema, na posição 2 (P2) o turno que revela o entendimento do turno na P1 e, na sequência, na posição 3 (P3), há o reparo em terceira posição. Por fim, há ainda o turno em que é refeita a P2 a partir do novo entendimento do falante B. Schegloff (1997) explica que as respostas do falante B podem estar de acordo com a pergunta do falante A, mantendo *aparentemente* a intersubjetividade, ou a fluidez da conversa. Contudo, se o falante A perceber a quebra da intersubjetividade, ele mesmo voltará ao primeiro turno para repará-lo.

O reparo em terceira posição pode ser construído de quatro formas diferentes: (1) com advérbio de negação (i.e. não) apenas ou acompanhado de partícula do tipo “oh”; (2) com aceitação/concordância do que foi dito no turno do falante B antecedida pela negação; (3) pela rejeição do componente aceito pelo falante B, que normalmente ocorre com a fórmula “Eu não quis dizer x”. Esse reparo é usado para desfazer mal-entendidos por referentes problemáticos ou por implicações sequenciais problemáticas; e (4) pela repetição do turno da fonte do problema, que reformula de forma mais clara o que foi dito no primeiro turno (SCHEGLOFF, 1992).

⁶² Lidaremos a partir do exemplo com falantes A e B para não pessoalizar o exemplo e as explicações, evitando, assim, agregar mais nomes além dos que já estamos citando com o excerto analisado (Tessalia e Gabriel).

Cabe também distinguir o *reparo em terceira posição* do *reparo em terceiro turno*, pois nem sempre a terceira posição corresponderá ao terceiro turno na conversa. Conforme Loder (2008), o reparo no terceiro turno, assim como o reparo em terceira posição, é realizado pelo falante da fonte de problema. Contudo, o reparo será considerado em terceiro turno quando ocorrer ou após a não tomada de turno pelo outro falante (quando há uma pausa), ou após uma resposta mínima do outro falante. Outra característica relevante para distinguir as duas formas de reparo é observar a trajetória feita por eles. Segundo Loder (2008),

na trajetória do reparo em terceira posição é sequencialmente relevante que o turno que realiza o reparo esteja posicionado após o turno em segunda posição. Já na trajetória do reparo iniciado em terceiro turno, é sequencialmente ocasional que o turno que realiza o reparo esteja posicionado após o turno interpolado de seu interlocutor (p. 121).

No reparo realizado em terceiro turno, portanto, não é o que é dito no segundo turno pelo interlocutor que gera a necessidade de um reparo. Diferentemente do que ocorre com o reparo em terceira posição, que é ocasionado pelo que foi dito nos turnos anteriores pelo interlocutor. Assim, torna-se evidente que na interação entre Tessalia e Gabriel *não* estamos tratando de um reparo em *terceiro turno*, pois foi a partir das explicações de Gabriel à pergunta de Tessalia que o turno da gestante foi realizado (>hmas eu vou< é. do que >mesmo jeito< eu vou fazê. °cesária°.).

Para explicar como as características do reparo em terceira posição se encaixam em nosso excerto, rerepresentaremos a interação a seguir, identificando os turnos que estão relacionados com as posições do reparo.

165 TESSALIA: ou a posição, tudo que ele tá::>provavelmente ele
 166 fique< até os nove: meses [certinho]= → P1
 167 GABRIEL: [sim]
 168 TESSALIA: =↓né=
 169 GABRIEL: =é muito
 170 difícil mudá essa pose ↓né que tá de cabeça pra
 171 baixo↓ já= → P2
 172 TESSALIA: =mhm
 173 GABRIEL: ele pode mudá as costinhas né tipo= → P2 (cont.)
 174 TESSALIA: =sim=
 175 GABRIEL: =tá lá pro teu
 176 lado esquerdo vim pro teu lado [direito]= → P2 (cont.)
 177 TESSALIA: [sim]
 178 GABRIEL: =e tal mas:: → P2
 179 (.)
 180 TESSALIA: >hmas eu vou< é. do que >mesmo jeito< eu vou fazê

181 °cesária°. → P3
 182 GABRIEL: a: tu vai fazê.
 183 TESSALIA: vou (.) mas eles no caso assim não tem perigo →P3
 184 >>(eles vê)<< ou não tem como se sabê também se
 185 ele- vir antes eu tenho medo é:: sabe tipo:: eu
 186 vou tá de sete e meio agora oito e:: ele começá::
 187 >que eu tô sentindo< bastan:te contração
 188 ultimamente=
 189 GABRIEL: =°contração°.=
 190 TESSALIA: =é: é isso que eu fico
 191 meio preocu•pada=
 192 GABRIEL: =é isso eu não tenho como te
 193 a[judá]

No excerto, encontramos a posição 1 (P1) na pergunta realizada por Tessalia nas linhas 165-466. Em seguida, Gabriel provê a posição 2 (P2) do reparo, ou seja, a resposta à pergunta, que ocorre em mais de um turno (linhas 169, 170, 171, 173, 175 e 176). Essa resposta é intercalada com continuadores providos por Tessalia (linhas 172, 174, 177). Na linha 178, o médico parece não concluir o seu turno, visto que há um alongamento na consoante de *mas* e a sintaxe da frase não fica completa. É nesse momento que Tessalia dá início ao reparo em terceira posição (P3), desfazendo um possível mal-entendido ocasionado por um referente problemático ou por implicações sequenciais problemáticas (SCHEGLOFF, 1992). Após o turno do médico na linha 182, a gestante reformula a sua pergunta, dando continuidade ao reparo iniciado na linha 180, que é respondida nas linhas 192 e 193. Portanto, podemos concluir que se trata de um reparo em terceira posição, que repara o referente da conversa.

No momento da interação em que a gestante explicita que, apesar de ter compreendido o que o médico disse, vai fazer uma cesárea independentemente de o bebê estar posicionado de cabeça para baixo (linhas 180-181), ela parece *reorientar* o médico ao que de fato está em jogo para ela. Essa *reorientação* é realizada através do reparo em terceira posição sobre o referente (*Eu não quis dizer x, quis dizer y*). Em outras palavras, até esse momento havia duas orientações: uma da gestante relacionada *ao tipo de parto* e a outra do médico relacionada *à normalidade da posição fetal*. O médico, na linha 182, parece confirmar a pressuposição de Tessalia sobre o fato de sua gestação estar se encaminhando para um parto normal, pois não contesta esse entendimento. É nesse momento também que o médico evidencia em sua fala uma *mudança do estado cognitivo*. A manifestação da mudança de estado cognitivo⁶³, descrita em língua inglesa em vários estudos como marcada pelo uso da partícula *oh* (e.g.

⁶³ Change-of-state token.

HERITAGE, 1984; SCHEGLOFF, 2007), na interação aqui investigada, é marcada pela partícula *a*: (observe-se, em particular, seu alongamento) que gera indícios de que o médico passou de um estado de informação desconhecida para um estado de “conhecimento”.

Com o turno das linhas 180-181 (>hmas eu vou< é. do que >mesmo jeito< eu vou fazê °cesária°.) a gestante parece fazer uma “calibragem” da interação a partir da reorientação feita ao médico. É nesse momento que Tessalia, então, faz uma reformulação⁶⁴ da pergunta realizada ainda na linha 165. A partir deste momento da interação é possível compreender a reação da gestante às explicações providas por Gabriel (linhas 169, 170, 171, 173, 175 e 176 do excerto 5), que demonstram o receio de Tessalia de ter o bebê antes do previsto, ou ainda, antes da data provável de sua cesárea e, assim, correr o “risco” de um parto normal.

É também nesse momento da interação que a delicadeza interacional vem à tona. Tessalia, ao reformular sua busca por confirmação de que o bebê não virá antes do tempo (de forma que ela possa manter sua escolha pelo parto cesáreo), produz seu turno com muitas perturbações na sua fala (linhas 183 a 187), principalmente com os alongamentos das palavras (é:: sabe tipo:: eu, vou tá de sete e meio agora oito e:: ele começá::), que tornam esse turno de fala prolongado, expressando, assim, elocuições inacabadas. Esse momento delicado, além de estar relacionado à busca de uma resposta, também parece estar relacionado ao fato de Tessalia ir contra algo considerado como o mais adequado a uma gestação, tanto pelo senso comum quanto por Gabriel: o parto normal.

Na próxima ação desempenhada pelo médico Gabriel, a saber, a de responder ao receio reapresentado por Tessalia através da reformulação de sua pergunta (linhas 192 e 193), ele demonstra haver compreendido o medo expressado pela gestante, que ela mesma não consegue expor claramente. Nessa resposta, Gabriel esclarece que com a dúvida atual (i.e. se o bebê virá antes do previsto ou não) ele não pode lidar (linhas 192 e 193). A resposta, mesmo sendo provida sem atrasos ou hesitações pelo médico, é despreferida por não atender claramente ao que Tessalia quer saber e, assim, expressa uma desafiliação (LINDSTÖM; SORJONEN, 2012). A desafiliação ocorre na medida em que a posição assumida pelo médico em relação à ação proposta pela gestante não é a esperada. Nesse turno do médico fica claro que as explicações dele sobre a posição do bebê eram apenas aquelas possíveis de serem providas a partir do exame.

⁶⁴ Esta reformulação feita pela gestante sobre o seu próprio turno de fala anterior difere-se da *reformulação* proposta no Brasil por Gago (2012; 2013). Para aprofundamento das noções de formulação e reformulação, ver, respectivamente, Ostermann e Silva (2012) e Gago, Pinto e Sant’Anna (2013).

Por fim, após a resposta negativa à pergunta de Tessalia, ela convida o médico ao riso, fazendo uma piada sobre o “poder” de previsão a partir do exame de ultrassom que o médico tem ao seu alcance, comparando-o com um “mágico” (linha 200). O riso nesse momento parece ser uma forma de lidar com a situação. Gestante e médico riem, compartilhando o humor trazido à tona pela própria gestante, que parece reestabelecer a afiliação rompida nos turnos anteriores.

Notamos nessa interação que há algo compartilhado, ao mesmo tempo em que não é explicitado ou nomeado, mas entendido por ambos os interagentes. Gabriel e Tessalia referem-se ao problema levantado pela paciente com o pronome demonstrativo *isso* (linhas 190 e 192). Contudo, observamos que não é possível buscar o referente explícito de *isso* nos turnos anteriores de ambos os falantes. No turno de Tessalia, o pronome parece retomar às contrações sentidas pela gestante; já no turno de Gabriel, o referente se torna mais difícil de ser encontrado, pois muito foi dito nos turnos anteriores por Tessalia. Ainda assim, podemos especular que o pronome *isso* no turno do médico esteja retomando ou a situação de contrações ou a previsão de um possível nascimento prematuro.

O médico, inicialmente, está orientado a responder a pergunta da gestante referente à permanência do bebê na posição e nas condições atuais (linhas 169, 170, 171, 173, 175 e 176), e Tessalia demonstra compreender essa resposta do médico. No entanto, ela faz uma *reorientação* que modifica o referente. Percebemos essa *reorientação* quando a gestante traz à tona que vai fazer uma cesárea e assim reformula sua pergunta inicial, demonstrando claramente uma situação de cesárea eletiva, ou seja, sem justificativa médica. Ainda podemos dizer que a *reorientação* é feita através de um reparo em terceira posição para que, assim, a intersubjetividade da conversa seja mantida.

Revelamos, com isso, que a intersubjetividade e a orientação são elementos interacionais diferentes. Entendemos que a intersubjetividade para ser mantida precisa que as orientações sejam convergentes à conversa. Caso contrário, como no excerto, quando divergentes, as orientações quebram o fluxo da conversa. Podemos dizer, então, que a orientação é um fator importante na manutenção da intersubjetividade na fala-em-interação.

4.2.6 Orientações que Envolvem Diferentes Conhecimentos

Na interação reproduzida no Excerto 12, Geise realiza pela primeira vez o ultrassom obstétrico transvaginal devido à descoberta da gestação (no mesmo dia) em uma consulta com o ginecologista, bem como por meio do exame beta HCG. O ultrassom nesses casos é

indicado para precisar o tempo gestacional, além de ser uma confirmação a mais da gestação, uma verificação da vitalidade do feto e de sua localização (se é uma gestação no útero ou nas trompas, por exemplo), como é o caso dessa paciente, com apenas quatro semanas. Vejamos no excerto abaixo como se dá a demonstração das orientações distintas entre os participantes da interação, que envolve a confirmação da gravidez.

Excerto 12: ECOCLIN_GABRIEL_Geise_TRANSOBST_29_01_2013

16 GABRIEL: tua última menstruação foi quando geise.
 17 GEISE: vinte e oito eu acho que foi ou vinte e sete de
 18 dezembro
 19 GABRIEL: tá (2.5) e tu fez um teste de ↑sangue
 20 GEISE: fiz (.) e dois três *haha* de [farmácia]
 21 ACOMPANHANTE: [haha]
 22 (.)
 23 GABRIEL: muito en↑joo
 24 GEISE: na:da é isso é o problema só um pouquinho de cólica eu
 25 tô sentindo
 26 (9.4)
 27 GABRIEL: joelinhos xxx pra cima ↑geise i::sso agora tu vai
 28 senti o ↑gel, introdução do apa↑relho,
 29 (7.3)
 30 GABRIEL: mas tu tá bem no início da gestação.
 31 (3.0)
 32 GABRIEL: no início da gestação o que que acontece a gente vê o
 33 saquinho gestacional que é essa bolinha preta aqui
 34 dentro do útero, (2.3) e o bebezinho ainda não está
 35 aparecendo
 36 (0.8)
 37 GABRIEL: tu tá com uma gestação de quatro semanas=
 38 GEISE: =mhm=
 39 GABRIEL: =quatro
 40 pra cinco semanas
 41 (7.9)
 42 GABRIEL: <saco gestacional> ((escreve na tela do exame))
 43 (21.3)
 44 GABRIEL: então o que acontece nessas situações >°o que se
 45 aconselha°< o esperado né quando tá entre quatro ou
 46 cinco semanas que não aparece o bebê (0.9) o
 47 aconselhado é o seguinte em uma semana tu repeti o
 48 exame(.) em uma semana o bebê tem que aparecer e tu
 49 tem coraçãozinho batendo a↓li
 50 (4.8)

Após a introdução do aparelho de ultrassom (transvaginal), Gabriel provê o primeiro comentário *online* do exame (linha 30), fornecendo o que Heritage e Stivers (1999) chamam de “validação” para a busca pela realização do exame, ou seja, nesse caso, uma confirmação da gravidez. Esse comentário inicia com a conjunção *mas*, que, apesar de adversativa, aqui

parece servir ao propósito de introduzir uma avaliação do que está sendo visto. Essa avaliação, ou ainda, essa validação de Gabriel em relação à gestação de Geise, por enquanto, não se revela ser negativa nem positiva para a gestante, pois “estar no início da gestante” não revela se a gestação está dentro do esperado ou não.

Passados três segundos (linha 31) sem que Geise tome o turno para si, Gabriel inicia uma explicação mais aprofundada sobre a avaliação feita por ele no turno anterior (linhas 32-35). Nesse momento, o médico continua a prover comentários *online* sobre o que observa na tela do aparelho. Contudo, ele acrescenta que o bebê não pode ser visto dentro do saco gestacional, o que parece estar dentro da normalidade pelo tempo gestacional, pois ele utiliza enfaticamente o advérbio de tempo *ainda* no seu turno, ou seja, há uma expectativa de que esse quadro mude. Notamos que Geise novamente não toma o turno após o comentário *online* do médico, contrariando o que afirmam Buscher e Jensen (2007), quando explicam que no ultrassom esses comentários exigem respostas das gestantes, ou seja, é comum que sejam respondidos. Em outras palavras, em dois possíveis momentos para a transição de falante, Geise não toma o turno de fala para si.

Depois de mais uma pausa significativa de mais de 20 segundos durante a qual o médico faz registros do exame para o laudo posterior, entre as linhas 44 e 49, o médico volta a tomar o turno para reforçar que não ver ou não ouvir o feto é o esperado para a fase gestacional de quatro semanas, mas aconselha que Geise refaça o exame em uma semana (linhas 44-49). Nesse momento, observamos que há uma *orientação* do médico em esclarecer à Geise, através do conhecimento técnico atribuído ao profissional, que o quadro dela é normal, mas que também há um alerta e uma necessidade de que o feto apareça e de que haja batimentos cardíacos em breve. Mais adiante na interação, essa orientação, assim como a orientação de Geise em relação a sua gestação, torna-se ainda mais evidente.

Nesse turno, observamos o verbo *ter* (linha 48), juntamente com o verbo *aparecer*, que reforçam a condição de obrigatoriedade de um novo estágio (batimentos cardíacos do feto) no próximo exame. Assim, identificamos que, embora tecnicamente haja uma gravidez, ela pode não ter seguimento nas próximas semanas caso o feto não se torne aparente ou o coração não pulse. Observa-se, assim, que a interação está envolta em uma “atmosfera” de más notícias, ainda que isso não seja totalmente explicitado pelo médico, mas que é percebido pela própria Geise mais adiante na interação.

Após aconselhar Geise sobre a realização de um novo exame, o médico questiona a paciente sobre o resultado do exame beta HCG e justifica o porquê da sua pergunta, como vemos abaixo no excerto.

Excerto 13: continuação ECOCLIN_GABRIEL_Geise_TRANSOBST_29_01_2013

51 GABRIEL: te lembra de quanto foi o valor do teu beta H-C-G-?
 52 GEISE: °três mil e alguma coisa°
 53 (11.6)
 54 GEISE: tem ali dentro da minha bolsa
 55 GABRIEL: não é só pra::, se era acima de mil
 56 ACOMPANHANTE: era. (.)três mil
 57 (8.5)
 58 GEISE: mas o saco gestacional ele::(1.0) ele tá sempre ali: ou
 59 ele só aparece quando a >pessoa tá grávida.<
 60 GABRIEL: hnão ele só aparece quando a pessoa tá grávida *hãhãhãhã*
 61 ACOMPANHANTE: ó doutor gabriel três mil e quarenta [e nove]
 62 GABRIEL: [ãrrã]
 63 (1.9)
 64 ACOMPANHANTE: é que ela ainda não acreditou=
 65 GABRIEL: =eu percebi *hãhãhã*
 66 ACOMPANHANTE: ela achou que saco gestacional,
 67 GABRIEL: acontece com todo mundo
 68 ACOMPANHANTE: é:: não
 69 (13.3)
 70 GABRIEL: então é isso, eu vou colocar isso no laudo tá geise
 71 daqui a uma semana repetimos o exame
 72 GEISE: mhm
 73 GABRIEL: tá e:: aí já como falei. é importante que o bebê já
 74 esteja ali dentro coraçõzinho batendo a gente mede o
 75 bebê e aí a gente tem precisão do tempo de gestação
 76 GEISE: °mhm°

Na linha 51, Gabriel questiona Geise sobre o resultado do exame beta HCG, ao que Geise imediatamente responde com os valores aproximados do resultado do exame de sangue. Após uma longa pausa (linha 53) sem que Gabriel tenha tomado o turno para avaliar negativamente ou positivamente a resposta de Geise, a gestante se autosseleciona e toma o turno na interação (linha 54), reforçando que tem o resultado na bolsa. Com esse turno, podemos especular que Geise esperava por uma avaliação de Gabriel após responder à pergunta realizada na linha 51. Essa falta de avaliação pode ter sido interpretada por Geise como se Gabriel tivesse dúvidas em relação ao resultado do exame.

Gabriel, então, imediatamente se justifica ao fato de Geise se prontificar a pegar o resultado do exame e provê uma explicação mais tardia à resposta da linha 55 referente aos valores do exame⁶⁵. Salientamos que, ainda no início do exame, na linha 19, Gabriel já havia perguntado à Geise se ela havia feito o exame de sangue, ao que ela respondera positivamente, adicionando que não somente havia feito esse, mas outros tantos de farmácia.

⁶⁵ É necessário esclarecer que o teste intravenoso Beta-hCG verifica a quantidade de um hormônio produzido durante a gravidez (gonadotrofina coriônica humana) e os índices resultantes desse exame confirmam ou não a gestação. Os valores aceitos desse hormônio do corpo da mulher para a confirmação da gravidez devem estar acima de 100UI/ml, o equivalente a mais ou menos três semanas de gestação.

Após a pergunta realizada por Gabriel, Geise, que parece inferir que há dúvida sobre a confirmação de sua gestação, abre par adjacente para questionar o médico sobre a presença do saco gestacional em seu útero (linha 58). Essa ação é marcada por alguns alongamentos (e1e::), pausa, repetição do mesmo item lexical (e1e:: (1.0) e1e:) e fala mais acelerada, que sinalizam perturbação na fala da gestante, o que pode representar a delicadeza do momento que é instaurado com a sua pergunta. Geise expressa por meio de sua pergunta a incerteza em relação à confirmação de sua gravidez.

A resposta do médico à pergunta de Geise vem em seguida (linha 60), acompanhada por risos, o que demonstra que a paciente disse algo engraçado, pois para o médico, que possui o conhecimento técnico, a informação parece estar suficientemente clara. Nesse momento também a acompanhante da gestante, sua sogra (enfermeira no local de coleta dos dados) também toma o turno e sinaliza uma possível incredulidade de Geise em relação a sua gravidez (linha 64), tendo os seus turnos seguintes coconstruídos com o médico.

Essa coconstrução, ou seja, esse esforço de construção conjunta dos turnos pelos interagentes, é identificado quando Gabriel, na linha 65, provê um turno imediatamente após o turno da acompanhante, corroborando o que ela disse (eu percebi hãhãhã). Em seguida, a acompanhante não completa o seu turno (ela achou que saco gestacional,), o que podemos identificar através da marca de entonação contínua e da construção sintática do turno, que pede um complemento. É nesse momento que Gabriel completa o turno anterior (linha 68), preenchendo o final do turno da acompanhante, o que é aceito por ela no turno seguinte. Ambos demonstram não perceber que a pergunta de Geise pode ter sido gerada pelas ações realizadas por Gabriel nos turnos anteriores, que foram interpretadas por ela como dúvidas sobre o resultado do exame de sangue e da gravidez como um todo. Aqui também notamos que orientações divergentes começam a surgir em meio aos turnos, na medida em que o médico está orientado a identificar possíveis “provas” que validem a permanência gravidez, enquanto Geise está orientada à ausência de sintomas, que são de senso comum quanto à gestação (e.g. enjoos) e que atestam essa gravidez para o médico. Ambos estão em busca de uma confirmação da gestante, contudo as orientações são distintas quando levamos em conta os conhecimentos acerca de gravidez que os interagentes têm.

Já na linha 73, o médico aponta novamente à gestante a importância de haver, a partir do próximo exame, batimentos cardíacos do feto. Esse reforço do que já havia sido dito parece contribuir para a dúvida que Geise trouxe em relação à gestação, pois ainda não houve explicitamente nenhuma avaliação, positiva ou negativa, sobre as imagens do ultrassom, além daquela inicial, em que confirma que a gestação está em fase muito inicial. Referimo-nos aqui

ao fato de o médico ainda não ter avaliado a gestação como, por exemplo, normal. Ao fazer essa ressalva mais de uma vez, o médico parece alertar a gestante sobre a possibilidade da gestação não ir adiante.

Nos momentos finais da interação, após encerrar o exame propriamente dito, o médico, Gabriel, torna a mencionar o tempo gestacional e fase em que se encontra a gravidez, como podemos ver no excerto abaixo.

Excerto 14: continuação ECOCLIN_GABRIEL_Geise_TRANSOBST_29_01_2013

77 GABRIEL: por enquanto eu posso te dizer que tu tá numa gestação
78 inicial de quatro a cinco sema↓nas
79 GEISE: °hm° e essa colicazinha?
80 GABRIEL: ↓é infelizmente tem gestante que tem dor a gestação
81 inteira ↓né tem que [vê quanto]=
82 GEISE: [não ↓né]
83 GABRIEL: =tempo essa::,
84 (0.7)
85 GEISE: ↑não não tô com do::r e::u,
86 (1.4)
87 GABRIEL: mas a princípio tá tudo- tudo bem mesmo.

Na linha 77, Gabriel faz a mesma confirmação feita no início do exame, novamente sem fazer nenhum tipo de avaliação, positiva ou negativa, sobre o achado. Em seguida, Geise retoma uma queixa feita logo no início do exame quando foi questionada se sofria de enjoos. No momento inicial da consulta, quando Geise disse que estava com um “pouquinho” de cólica (linhas 24 e 25), o médico não lidou com a queixa e dá seguimento aos procedimentos do exame. Assim, Geise vê no final do exame a oportunidade de retomar essa queixa ao médico.

O médico Gabriel, dessa vez, responde imediatamente à pergunta, provendo uma resposta que atende à questão de Geise, afirmando que a cólica é normal. Ao mesmo tempo, a resposta aparentemente é ampla, pois não soluciona a questão ao não prover encaminhamentos. Salientamos que a cólica realmente pode ocorrer no início e ao final da gestação⁶⁶, mas também pode indicar outros problemas (e.g. aborto) se coocorrer com outros sintomas, mais ainda no primeiro trimestre de gestação. Tanto os turnos do médico (linhas 80 e 83) quanto os da gestante (linhas 82 e 85) ficam incompletos, mas o assunto parece estar

⁶⁶ A cólica durante a gravidez é normal e pode ocorrer comumente no primeiro trimestre de gestação, devido à adaptação do corpo da mulher ao feto, e no terceiro trimestre, a partir das 37 semanas, quando o corpo da mulher se prepara para o parto e o bebê está pesado e se movimentando bastante (SEDICIAS, [2013?]; DIAS, 2013).

encerrado quando Gabriel faz pela primeira vez na interação uma avaliação geral positiva sobre o resultado do exame (linha 87), afirmando que está tudo bem. Após essa avaliação, médico e gestante se despedem.

Com essa interação, podemos perceber que a falta de uma avaliação geral do médico sobre o estado da gravidez durante o exame e as perguntas levantadas por ele, incitam a gestante a realizar ações que buscam a *confirmação da gravidez* por meio de questionamentos para esclarecer o mal-entendido criado na conversa. O significado de “estar grávida” difere para os interagentes, colocando em oposição o conhecimento de mundo/senso comum da gestante acerca dos sintomas atribuídos a uma gestação e que nela não se manifestam, e o conhecimento técnico e científico do médico, que busca evidências (por exemplo, o batimento cardíaco, visualização do embrião) necessários para validar a gestação como de vitalidade.

Quanto à vitalidade e validação da gestação, cabe explicar que a gravidez pode ser *clínica*, quando a fixação no útero é completa e o saco gestacional pode ser visualizado, com ou sem embrião; e pode ser *química*, ou *pré-clínica*, quando há fecundação do óvulo, mas esse óvulo não consegue se manter fixado ao útero, ocasionando um microaborto, mesmo com resultado beta HCG positivo. No caso do excerto acima, a gestante já ultrapassou o limite de tempo em que um aborto pré-clínico poderia ocorrer, ou seja, o período de duas semanas. Contudo, há ainda o risco atribuído a um aborto clínico, que pode ocorrer até 28 dias após a fecundação. Nesse tipo de aborto, o saco gestacional vazio (sem embrião) é visto pela ultrassonografia (também chamado de “ovo cego”), pois há um aumento lento e prolongado de beta HCG durante o período de quatro semanas. Por essa razão, o tempo de espera entre uma semana e outra para a realização de um novo exame é tão importante para avaliar se a gravidez será levada a termo, pois Geise está em uma fase de risco para a gravidez clínica. Além disso, há a possibilidade do saco gestacional desaparecer mesmo após ser detectado pela ultrassonografia⁶⁷.

Os diferentes significados de gestação que emergem à superfície da conversa revelam também as diferentes *orientações* dos participantes. Em outras palavras, enquanto o médico está orientado a buscar indícios médicos que comprovem a gestação, a gestante está orientada à ausência dos sintomas que são normalmente atribuídos às gestantes. Além dessas duas orientações, percebemos ainda uma terceira orientação, a qual não discutiremos

⁶⁷ Todas as informações sobre gravidez clínica e gravidez química foram obtidas no site da clínica de fertilidade FGO, de São Paulo. Mesmo sendo direcionadas à reprodução assistida, essas informações são pertinentes em qualquer tipo de gestação, seja assistida ou natural.

profundamente aqui. Essa orientação surge na interação na medida em que a acompanhante da gestante revela-se orientada para uma gravidez já concretizada.

4.2.7 A Orientação dos Participantes e a Relação com os Diferentes Campos Semióticos

Na próxima interação, Fabíola, grávida gemelar de 36 semanas, está realizando um ultrassom com doppler, que avalia a pressão arterial no final da gestação. A gestante estava repetindo o exame, pois já o havia feito duas outras vezes e havia alteração. Alterações nesse tipo de exame indicam pré-eclâmpsia gestacional. Após fazer algumas verificações, como o peso dos bebês, o médico Fernando faz a medida da frequência arterial do cordão umbilical e é nesse momento que Fabíola inicia um par adjacente pergunta-resposta⁶⁸.

Excerto 15: ECOCLIN_FERNANDO_Fabíola_DOPP_22_04_2013

162 (9.5)((ouvem-se ruídos do fluxo das artérias))
 163 FABÍOLA: agora deu a↑baixo de setenta né?
 164 FERNANDO: oi?
 165 FABÍOLA: deu a↑baixo agora de setenta né?
 166 FERNANDO: como assim.
 167 FABÍOLA: a outra vez tinha dado: setenta e- set- acima ali de
 168 <setenta> não foi a frequência?
 169 (1.6)
 170 FERNANDO: tu diz o ↑quê:?
 171 FABÍOLA: do cordão
 172 (0.8)
 173 FERNANDO: ↑não ↓a tu diz o índice?
 174 FABÍOLA: é
 175 FERNANDO: <não> medi ainda >agora que vou medi<
 176 FABÍOLA: >a tá<
 177 (1.4)
 178 FERNANDO: esse a↑qui é o do cor↓dão
 179 (1.0)
 180 FERNANDO: [deu sete]nta=
 181 FABÍOLA: [(se a,)]
 182 FERNANDO: =e dois::
 183 (0.8)
 184 FABÍOLA: a: ↓::
 185 (36.7) ((Fernando sussura e ouve-se barulho da máquina))
 186 FERNANDO: °tá mexendo°

É importante mencionar que Fabíola, no momento do exame, tem acesso visual às imagens exibidas na tela do ultrassom (números, frequências cardíacas, arteriais, etc.). É justamente por ter acesso a essas informações que a gestante menciona um número que vê no canto direito do monitor do médico (linha 163), enquanto o médico faz a verificação das

⁶⁸ A noção de par adjacente foi apresentada no capítulo de metodologia, na subseção 4.5.1.

artérias. A gestante, então, pergunta ao médico se o resultado dessa verificação foi abaixo de 70 (linha 163). Notamos que a pergunta é realizada com um formato *tag question* com o marcador discursivo “né” (i.e. não é), que busca uma confirmação do médico em formato positivo (e.g. sim). Contudo, essa pergunta não tem um referente claro. Em outras palavras, o turno de Fabíola não menciona a que avaliação ela está se referindo quando aponta o número que vê como sendo “abaixo de 70”.

O médico Fernando, na linha 164, faz um reparo de entendimento do turno anterior, que é compreendido como um reparo de escuta, pois a gestante repete o mesmo enunciado da linha 163 (linha 165). O reparo por problemas de escuta ocorre quando falante não ouve bem o que o outro disse (LODER, 2008). Já o reparo por problemas de entendimento busca reparar o não entendimento do que foi dito pelo outro. Já. O reparo de entendimento aqui se torna evidente quando Fernando, então, reelabora seu turno anterior com um novo reparo (linha 166), demonstrando que não compreendeu a pergunta feita pela gestante, ou seja, não foi apenas um reparo de escuta. Fabíola, entre as linhas 167 e 168, tenta explicar a que medida se refere, revelando que estava fazendo parâmetros com base em um exame anterior. Também revela o referente a que o número remete, que para ela é a frequência. Ou seja, esse turno de Fabíola remete a uma *orientação* sua a um número visto na tela, que, para ela, fazia referência ao mesmo parâmetro verificado no exame anterior. Essa *orientação* da gestante não é compartilhada com o médico, que torna a fazer um reparo de entendimento (linha 169), compreendido pela gestante como um reparo sobre o item lexical *frequência* do turno anterior. A gestante, então, responde com um novo referente: do cordão (linha 170).

Nesse momento, Fernando *orienta-se* ao mesmo referente que a gestante apontava desde a linha 163 (o número abaixo de 70), pois ele responde negativamente à pergunta de Fabíola. Além disso, ele faz um novo reparo do turno da gestante, substituindo *frequência* por *índice*, em formato de pergunta, ao que Fabíola responde positivamente. A técnica de iniciação de reparo utilizada pelo médico provê um novo referente para a gestante. Loder (2008) diz que uma das técnicas utilizadas pelo interlocutor para reparar o turno do outro falante é iniciar o reparo com o prefácio *você quis dizer*, ofertado juntamente com uma proposta de entendimento da fonte de problema⁶⁹.

Parece ter sido a troca de um item lexical pelo outro que gera os impasses entre os interagentes (frequência por índice), pois Fabíola estava mostra-se orientada ao número que viu na tela, o qual ela chama de “frequência”. O médico, por sua vez, não compreende de que frequência ela está falando, visto que ainda não havia feito nenhuma verificação que obtivesse

⁶⁹ Discutimos as características do sistema de reparo na seção 6.5.

um número compatível com a frequência. Fernando, ao compreender do que se trata o número abaixo de 70, pôde também dizer à gestante que não havia feito a avaliação do índice ainda (linha 173), portanto, não havia um número abaixo de 70, nem como parâmetro bom nem ruim. Nesse momento, o médico apresenta à gestante uma nova informação e, como podemos ver, Fabíola demonstra ter compreendido ao responder >a tã< (linha 174).

As diferentes orientações dos participantes, a saber, da gestante para o número da tela e do médico para o item lexical, surgem a partir da tela do exame, que passa a ser um campo semiótico⁷⁰ (GOODWIN, 2000) relevante e que apresenta implicações na organização das ações daquele momento. Goodwin (2000) argumenta que tudo que não é linguagem tende a ser considerado parte do contexto e essa visão acaba dissociando a língua do ambiente (DEL CORONA, 2011). O autor, a partir dessa visão deturpada, propõe uma abordagem que analisa as ações humanas de modo a contemplar os múltiplos recursos semióticos que envolvem os participantes, como a fala, os gestos, os objetos etc.

Para Goodwin (2000, p. 1490, tradução nossa), “as ações são reunidas e entendidas através de um processo no qual diferentes fenômenos de sinais instanciados em diversos meios, *chamados campos semióticos*, são justapostos de uma forma que permite que eles atuem uns sobre os outros⁷¹”. Em outras palavras, os campos semióticos são sinais que corroboram na construção das ações humanas, que na medida em que se desenvolvem, adicionam novos campos semióticos, tratando outros como não-relevantes. O conjunto desses campos semióticos quando se tornam relevantes pelos participantes em uma interação é chamado de *configuração contextual* (GOODWIN, 2000; DEL CORONA, 2011). Nesse sentido, nos filiamos a Goodwin e acreditamos que “quando a ação é investigada em termos de configurações contextuais [...] a linguagem e a estrutura material no ambiente podem ser analisadas como componentes integrados de processo comum para a produção social de sentido e de ação⁷²” (2000, p. 1490).

O autor trata dos campos semióticos (gestos e ambiente) a partir de uma interação entre três meninas em um jogo de amarelinha. Goodwin (2000) mostra que os recursos semióticos não são (im)postos pelo analista, menos ainda podem ser utilizados apenas para descrever o contexto em questão. Durante o jogo de amarelinha, por exemplo, uma das meninas usa gestos com a mão para mostrar a outra participante que ela havia pulado um

⁷⁰ Semiótico refere-se aos signos que estão sendo implantados, e campo onde esses signos são incorporados (GOODWIN, 2000).

⁷¹ “Actions are both assembled and understood through a process in which different kinds of sign phenomena instantiated in diverse media, what I call semiotic fields, are juxtaposed in a way that enables them to mutually elaborate each other”.

⁷² “When action is investigated in terms of contextual configurations [...] language and material structure in the environment can be analyzed as integrated components of common process for the social production of meaning and action”.

número a mais. Além disso, a grade de amarelinha em si também se torna relevante quando falada e apontada pela menina. Assim, os campos semióticos (e também o contexto) são construídos temporalmente pelos interagentes durante a interação, sendo adicionados ou desconsiderados, ao passo que as ações se desenvolvem (GOODWIN, 2000).

Goodwin (2000) afirma que o jogo de amarelinha não é capaz de produzir ações individuais, mas provê estrutura para que algumas ações específicas ocorram. Para o autor, ao tornar-se relevante como um sistema de signos para os participantes, o jogo de amarelinha deve integrar-se à análise da interação. Essa análise, portanto, não pode apenas atingir a conversa e a postura corporal dos interagentes, mas, de forma mais abrangente, integrar a estrutura material (GOODWIN, 2000). Da mesma forma, em comparação com os nossos dados, a tela do ultrassom não está por si só produzindo ações, mas certamente está colaborando na construção delas. Isso ocorre porque é a partir das imagens fetais e dos dados obtidos na tela que a interação vai se desenvolvendo, desencadeando momentos, inclusive, de impasse interacional, como mostrado acima na transcrição.

Dessa forma, compreendemos que a tela do exame de ultrassom não pode ser ignorada, mesmo que não tenhamos gravações capturadas dos interagentes olhando para ela. A tela passa ser em nossas análises um recurso material completamente integrado à linguagem durante o exame, principalmente no excerto analisado acima, quando a orientação da gestante para a tela torna-se relevante para o fluxo da conversa. Podemos dizer também que houve quebra na intersubjetividade entre os participantes, visto que a conversa teve que ser suspensa, o que é deflagrado pela ação de reparo, única ação capaz de realizar essa suspensão da conversa (LODER; GONZALEZ; GARCEZ, 2002). A intersubjetividade foi também afetada pelas orientações divergentes entre médico e gestante, na medida em que Fabíola se orientava para o número da tela e o médico para o referente correto.

Na mesma interação, enquanto o médico continua realizando as verificações dos bebês, outro tópico, trazido desta vez pelo próprio médico por meio de um comentário *online*, torna-se um problema de intersubjetividade, pois as *orientações* em relação ao tópico revelam-se como distintas.

Excerto 16: continuação ECOCLIN_FERNANDO_Fabíola_DOPP_22_04_2013

431 ACOMPANHANTE1: mas que número ele deu a|gora
 432 FERNANDO: esse aqui é dele mesmo ó (.) que tá bem pra baixo
 433 aqui ó
 434 FABÍOLA: sim
 435 FERNANDO: °até pertinho ali do do pescoço ali do outro°

436 (3.6)
 438 FERNANDO: (aqui do lado o pequenininho)
 439 (0.8)
 440 FABÍOLA: mão
 441 FERNANDO: mão ↑né hh=
 442 FABÍOLA: =>hh<
 443 (1.7)
 444 FERNANDO: >deixa eu vê de novo aqui<
 445 (23.0) ((silêncio e, depois, ouvem-se ruídos do
 446 exame))
 447 FABÍOLA: ↑tá se tá tão perto do pescoço não pode:: enrolá
 448 ali? (.)°[no pescoço]°
 449 FERNANDO: [↑pode mas é] normal né °é comu-° é comum
 450 FABÍOLA: mas tá mas daí::,
 451 FERNANDO: ó zero meia dois
 452 (3.1)
 453 FERNANDO: mas e daí o quê?
 454 FABÍOLA: mas e daí: ã: não vai fazê ↑mal (.) pra ele?
 455 FERNANDO: o quê? hh
 456 FABÍOLA: enforcá hhhh
 457 FERNANDO: °<nã:o claro que não>° não é assim
 458 (0.5)
 459 FABÍOLA: ↑a bom
 460 FERNANDO: tu não vai entrá em trabalho de parto, olha as
 461 dobra ali da perna
 462 FABÍOLA: m:: é gordo
 463 FERNANDO: tá vendo?
 464 FABÍOLA: sim

Nesse momento do exame, o médico Fernando está encontrando dificuldades para fazer a verificação do fluxo sanguíneo do cordão umbilical de um dos bebês e provê um comentário *online* sobre o que vê na tela do ultrassom (linha 435). Nesse comentário, Fernando revela que o cordão umbilical de um dos bebês está próximo do pescoço do outro bebê. Notamos que nada é dito nos turnos seguintes sobre o tópico *cordão umbilical* (linhas 436-446), e o médico continua a realização do exame observando outras partes dos bebês. Somente depois de alguns turnos do médico e da gestante, na linha 447, Fabíola traz o tópico *cordão* novamente à conversa. Seu turno inicia com o marcador discursivo *tá*, revelando o recebimento da informação provida pelo médico ainda na linha 435 (°até pertinho ali do do pescoço ali do outro°) na forma de comentário *online*. A gestante, então, realiza uma pergunta sobre a possibilidade de o cordão umbilical enrolar no pescoço do bebê (linhas 447-448). Podemos observar que a gestante utiliza em seu turno o advérbio intensificador *tão*, acompanhado do advérbio *perto*, reformulando o turno do médico, que continha os advérbios *perto*, no diminutivo, e *até*, que pode ser o mesmo que inclusive ou ainda. O médico responde positivamente ao questionamento, inclusive em fala sobreposta ([↑pode mas é] normal né

o é comu- o é comum), utilizando as palavras *normal* e *comum* ao se referir à possibilidade de o cordão “enrolar”.

Notamos que Fernando está orientado à normalidade da situação do ponto de vista médico, enquanto que a gestante orienta-se para a situação a partir de uma visão leiga, visto que há um “mito” em torno de mortes fetais por cordões umbilicais enrolados, que são raras⁷³. A dita “normalidade fetal” não têm o mesmo significado para médicos e gestantes. Isso se evidencia no turno seguinte da gestante, quando ela inicia uma nova pergunta ao médico (linha 450), que não chega a ser concluída, como podemos ver por meio das marcas de alongamento na vogal e na entonação contínua (*mas tá mas daí:: ,*). Fernando, então, toma o turno e verbaliza um valor referente a alguma medida do exame. Depois de uma pausa (linha 452), Fernando se autosseleciona e retoma a pergunta que a gestante fazia no turno da linha 450. A pergunta de Fernando repete em parte o enunciado de Fabíola, acrescentando *mas e daí o quê?* (linha 453), que solicita a finalização da pergunta que havia sido iniciada pela gestante.

No turno seguinte, a gestante reformula sua pergunta acrescentando, então, sua dúvida relacionada ao cordão umbilical e à normalidade sobre a questão trazida pelo médico (*mas e daí: ã: não vai fazê ↑mal (.) pra ele?*). Fabíola também demonstra com o uso do advérbio *mal* a preocupação sobre a situação, ainda que o médico tenha dito que o quadro estaria dentro da normalidade. A pergunta de Fabíola, contudo, não revela explicitamente um referente e é reparada pelo médico, que pergunta *o quê? hh* (linha 454). Fabíola afilia-se ao riso do médico no turno anterior (*o quê? hh*) e responde à pergunta somente com o item lexical *enforcá* (linha 455), demonstrando explicitamente sua real preocupação com a relação entre o cordão umbilical estar próximo ao pescoço, o que remete ao “mito” do enforcamento fetal.

Fernando responde negativamente, construindo o seu turno de maneira a se opor à especulação da gestante. Depois de uma pequena pausa, Fabíola provê a expressão *↑a bom* (linha 458), revelando compreender a resposta. Ainda assim, Fernando dá continuidade ao tópico e inicia o que parece ser uma explicação sobre o trabalho de parto, mas que não é concluída, pois ele muda o tópico no mesmo turno, ao mostrar imagens na tela, e não retoma o assunto mais adiante na interação. Frisamos que no início do exame, quando questionada

⁷³ O filme “O Renascimento do parto” trata o enforcamento fetal como um mito que sustenta o sistema de cesáreas. Os sites “Parto do princípio” e “Despertar do parto” também trazem o cordão umbilical enrolado como um mito, junto a outros tantos que levam as mulheres à cesárea. Segundo essas fontes (MORAES; DUARTE), o cordão umbilical é preenchido por uma gelatina elástica, que dá a ele a capacidade de se adaptar a diferentes formas. O oxigênio vem para o bebê através do cordão direto para a corrente sanguínea. Assim, o bebê não pode sufocar.

sobre o parto, a gestante disse que faria uma cesárea, comum em gestação gemelar, motivo que pode ter levado o médico a afirmar que ela não entrará em trabalho de parto.

As orientações divergentes aqui, exibidas no último excerto, foram deflagradas pelo comentário *online* do médico ao ver as imagens do ultrassom. Esse comentário fez com que viesse à superfície da interação a orientação técnica do médico em relação à normalidade de aspectos da gestação. Junto a essa orientação, há a orientação leiga atribuída à gestante, relacionada às crenças instituídas socialmente. Mais uma vez, entendemos que os campos semióticos influenciaram a interação e ocasionaram a demonstração das diferentes orientações, visto que durante o exame os interagentes estão lidando com a tela do aparelho de ultrassom, as imagens nela reproduzidas e os comentários *online* proferidos a partir dessas imagens.

A partir de todas as ocorrências de orientação em nossos dados e após a revisão de literatura que sistematizou os usos para o termo, propomos que o conceito de *orientação* está atrelado à revelação do *direcionamento* da conversa pelo(s) participante(s), seja esse direcionamento convergente ou divergente. Em outras palavras, orientação é o rumo tomado pela conversa, que pode não ser único, pois os participantes podem estar orientados a elementos diferentes. Tomando como exemplo nossos dados, esse direcionamento revela-se na conversa quando podemos, como analistas, perceber que a conversa está seguindo um curso quando o interagente está voltado para um número visto na tela e começa a falar sobre ele. A direção da conversa também é revelada quando a gestante demonstra que não está falando sobre parto normal, mas sim sobre a preocupação de ter o bebê antes de sua cesárea. Ou seja, essa gestante redireciona ou reorienta a conversa para outro caminho.

Na revisão de literatura da área, vimos que a orientação se faz relevante aos olhos dos analistas quando os participantes se voltam para elementos interacionais que entram em jogo durante a conversa, seja ajuste ao interlocutor, as identidades coconstruídas, o contexto igualmente coconstruído e a própria maquinaria da conversa. Compreendemos que o avanço trazido por nossa pesquisa, a partir da análise que fizemos, está relacionado à percepção de que a orientação dos participantes pode estar ligada também a aspectos externos ao contexto interacional, como conhecimentos leigos e técnicos trazidos à interação pelos interagentes, ou ainda, estar ligada a aspectos relacionados ao contexto físico presente, como a tela do ultrassom, que passa a ser um elemento importante na construção da interação.

Quanto à possível proximidade entre *intersubjetividade* e *orientação* em relação à definição dos conceitos, entendemos que a orientação distancia-se de intersubjetividade na medida em que enxergamos a orientação como um fator imprescindível na *manutenção* da

intersubjetividade. Em outras palavras, se os participantes demonstram que as orientações são divergentes em relação a determinado elemento, o entendimento mútuo não é estabelecido na conversa e, assim, a intersubjetividade fica prejudicada.

A seguir, apresentaremos nossas considerações acerca dos achados analíticos da pesquisa, relacionando-os com as revisões teóricas que realizamos nos dois últimos capítulos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, analisamos e discutimos dados provenientes de interações entre médicos e gestantes durante o exame de ultrassom obstétrico, que faz parte do pré-natal de muitas mulheres ao redor mundo, diagnosticando a saúde do feto e aspectos da saúde da mulher durante a gravidez. Dada a importância do exame para o pré-natal e sua manifestação social nos últimos anos como um evento, ou, em outras palavras, como um momento de reunir familiares e amigos para mostrar o bebê, considerou-se estudar as interações que se dão ao longo de sua realização.

Tendo em vista se tratar de um exame complexo e que é realizado com distinta frequência em diferentes lugares do mundo, apresentamos no início do trabalho uma revisão sobre as características do exame de ultrassom e um panorama de seu uso no Brasil. O intuito desse panorama foi o de contextualizar o exame quanto às recomendações médicas durante a gestação e o de mostrar os tipos existentes do exame. Sendo assim, esse capítulo (capítulo 1) foi elaborado para dar suporte à análise, que, através das transcrições do evento, revela verificações peculiares de cada exame (e.g. o que é visto no Doppler). Da mesma forma, para que pudéssemos adentrar nosso próprio contexto de pesquisa e analisar os nossos dados pela perspectiva da Análise da Conversa, foi necessário revisar, ainda no capítulo 2, trabalhos em âmbito nacional e internacional sobre o ultrassom obstétrico e sobre os participantes do exame.

Nossos focos analíticos delinearão-se em dois: o tópico *parto* e o conceito de *orientação* interacional dos participantes durante o exame. A partir dessa delimitação, traçamos os objetivos desta pesquisa, que pretendiam alcançar respostas que pudessem contribuir teoricamente com a nossa área de pesquisa e socialmente com os grupos envolvidos nos dados (comunidades médica e leiga).

No capítulo 4, primeiramente, analisamos como se instancia o tópico *parto* (cesáreo ou normal) na interação entre médico e gestante durante o ultrassom e o que ele revela sobre a escolha de parto no Brasil. Identificamos que, assim como nos estudos revisados, também nas interações durante o exame de ultrassom a cesárea não se revela como uma escolha de parto realizada como um procedimento de urgência. Ainda assim, nossos dados revelam algumas possíveis razões para o agendamento prévio de uma data para o parto cesáreo. Os precedentes para esse tipo de parto, aludidos ou mencionados, relacionam-se com pressão alta da gestante e possível posicionamento inadequado do bebê. Essas justificativas para uma cesárea, por mais que estejam relacionadas à saúde da mulher e do bebê, revelam-se também como

pautadas em crenças ou mitos sobre o parto. Quando falamos em crenças ou mitos estamos querendo dizer que algumas razões que levam as mulheres a planejar a cesárea não são consideradas graves a ponto de antecipar uma tomada de decisão pelo parto cesárea. É possível dizer que a opção pela cesárea, no caso eletivo, está baseada em um sistema de crenças que não é desfeito por médicos no percurso do pré-natal. Béhague, Victoria e Barros (2002) afirmam que a conscientização das mulheres sobre o tipo de parto deve partir do médico durante o pré-natal, com explicações que auxiliem na desconstrução de crenças criadas culturalmente sobre o parto, principalmente o normal/vaginal.

Em nossos dados, foi possível verificar que o medo do parto normal (BRYANT et al., 2007; FENWICK et al., 2010) é um dos motivos que levam à decisão pela realização da cesárea. De certa forma, o medo do parto vaginal demonstra o medo da dor e a crença de que a cesárea é um procedimento que livra as mulheres do sofrimento. No caso declarado de cesárea eletiva, a própria gestante traz o tópico e afirma que realizará a cesárea, mesmo sem ser questionada pelo médico ultrassonografista, que, inclusive, se mostra surpreendido pela tomada de decisão tão previamente feita. Fatos como esse evidenciam que a gestante também é protagonista na decisão pela cesárea, pois ela assume a própria vontade ao revelar o medo do parto normal. Lembramos que decidir ou não pela cesárea é uma questão atrelada principalmente aos planos privados de saúde, pois o Sistema Único de Saúde (SUS) não provê o direito de escolha da mulher. Nesse sentido, é interessante observar que o *plano de parto*, termo utilizado para designar o planejamento feito pela própria gestante em relação ao seu parto, ocorre em casos de cesáreas eletivas, mas ainda há grande dificuldade em requerer e planejar um parto natural. Em outras palavras, o suposto “plano de parto” termina sendo uma “escolha” ou um plano propriamente dito desde que seja um “plano de cesárea.”

A discussão pelo direito de escolha da mulher em relação ao seu parto recai sobre a questão de controle dos corpos. Negar à mulher o direito de escolher entre o procedimento cirúrgico e o parto normal é também negar a ela o direito de controlar seu próprio corpo (KNOBEL; BUCHELE, 2006; GRAHAM et al., 1999; SHOWALTER; GRIFFIN, 1999). Ainda assim, precisamos ponderar sobre essa questão e refletir sobre os malefícios à saúde da mulher e do bebê causados por cesáreas eletivas em relação a um parto normal.

A literatura sobre o parto cesáreo evidencia que uma das razões atribuídas à escolha por esse tipo de parto é escolaridade das gestantes em conjunto com o fator socioeconômico (BÉHAGUE; VICTORIA; BARROS, 2002; FREITAS et al., 2005). Quanto maior o nível de escolaridade, mais força a mulher terá sobre a decisão do tipo de parto. Essa asserção não parece, pelo menos diante de nossos dados, descrever a situação atual do Brasil. Os planos de

saúde abrangem hoje a classe trabalhadora assalariada, que adquire esse serviço por intermédio de empresas, que, por sua vez, assumem a metade ou integralmente as tarifas cobradas em consultas, exames e internações. Quando realizamos os questionários antes de cada exame gravado, pudemos constatar que mulheres com baixa escolaridade possuem planos de saúde capazes de cobrir consultas e partos em hospitais com atendimento privado. Isso pode revelar que a perspectiva de que as mulheres bem colocadas financeiramente e com alto nível de escolarização optem mais por cesáreas não pode mais ser assumida integralmente, ou seja, não podemos assumir o fator socioeconômico – nesse caso socioeconômico *alto* – sempre como sinônimo de partos cesáreos. Hoje, o caminho parece ser inverso: quanto mais escolarizada e bem colocada profissional e socialmente a mulher é, mais empoderamento ela assume sobre o parto⁷⁴, independente de que tipo de parto for.

Ainda na seção analítica sobre o tópico parto durante os exames de ultrassom, encontramos evidências de entendimentos nem sempre compartilhados por gestantes e médicos acerca das palavras *encaixe* e *posição*, relacionados ao feto. A posição de nascimento, ou seja, de cabeça para baixo, é compreendida como “encaixe” pelas gestantes. Os comentários do médico que descrevem as imagens fetais (comentários *online*), como discutido na análise de dados, oportunizam um espaço para que as gestantes perguntem sobre a posição do bebê. Os dados mostram que quando perguntas sobre a posição são feitas, esclarecimentos acerca da diferença entre os termos não são realizados. Muitas vezes, apenas uma correção no *uso* dos termos é realizada, mostrando que não se trata de uma coisa e sim de outra (“não é encaixe, é posição de cabeça para baixo”). Assim, não há, na maioria das vezes, uma explicação sobre a crucial diferença entre os dois termos e o que essa diferença representa em termos de previsão de parto.

Cabe aqui refletir sobre a oportunidade de mostrar à gestante essa diferença (uma oportunidade de letramento), visto que em todos os exames em que situações assim aconteceram, as gestantes já estavam em terceiro trimestre, se aproximando do parto. Assim, entendemos que, ainda que as gestantes realizem o pré-natal, nem sempre conseguem abordar todos os assuntos e dúvidas relacionados à gestação. Alguns desses assuntos e dúvidas só vêm à tona na realização do ultrassom, a partir das imagens fetais e dos comentários *online* do médico. Por isso consideramos válida a prática de auxiliar no letramento da mulher gestante, como, por exemplo, na questão de descrever e diferenciar o que é posição de cabeça para

⁷⁴ Um exemplo disso é a modelo internacional Gisele Bündchen, ativista em favor do parto natural, que teve seus dois filhos na banheira da própria casa.

baixo e o que é encaixe, pois essa informação é relevante para o tipo de parto, evitando também desnecessárias preocupações com a prematuridade.

Na sequência do capítulo 4, analisamos interações em que problemas de compreensão fossem resultantes de *orientações distintas* entre os participantes. Conforme apresentado na revisão dos trabalhos da Análise da Conversa, a orientação permeia a fala-em-interação em todos os aspectos interacionais. O falante revela-se orientado à maquinaria da conversa, demonstrando “estar atento”, por exemplo, à tomada de turno; também o falante orienta-se ao seu interlocutor, projetando seu turno a ele, assim como demonstra estar orientado às identidades coconstruídas na conversa (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974; SACKS, 1992). O interagente também pode orientar-se ao que é ou não de pertencimento de um determinado contexto na conversa em relação às práticas interacionais, contribuindo, assim, para a coconstrução desse contexto.

Sobre orientação e contexto, Heritage e Clayman (2010) revelam que podem ocorrer *orientações divergentes* entre os interagentes, ou seja, nem sempre a orientação é a mesma quando entra em jogo na interação, causando consequências interacionais para a construção do contexto. No caso analisado pelos autores, um dos participantes envolvidos (o comunicante de um sinistro em uma ligação para os bombeiros) não estava orientado a responder adequadamente à pergunta do bombeiro, ou seja, não estava orientado ao contexto específico de chamadas de emergência, “falhando” de alguma forma na coconstrução do contexto e da conversa em andamento.

Queremos mostrar que em nossos dados as orientações reveladas pelos participantes se diferem das orientações divergentes discutidas por Heritage e Clayman (2010), mesmo que também sejam geradoras de mal-entendidos à interação. Com isso não queremos dizer que em nossos dados as orientações convergentes, apontadas pela literatura, que funcionam como regras tácitas para manter a conversa (SACKS; SCHEGLOFF, JEFFERSON, 1974) ou mesmo regras para coconstruir o contexto, não estejam presentes nas interações. A diferença, na verdade, consiste no fato de que há na interação, pelo menos, *duas* orientações, uma para cada interagente. Em outras palavras, a divergência de orientações não está ligada ao contexto, nem à maquinaria da conversa, mas, sim, à divergência com a orientação do outro participante. E essa divergência de orientação, em nossos dados, está relacionada a diferentes conhecimentos, como técnico-científico (do médico) e leigo (da paciente e de seus/suas acompanhantes), bem como à compreensão das imagens projetadas pelo exame de ultrassom.

A tela onde são projetadas as imagens do exame de ultrassom, que, por sua vez, são disponibilizadas para todos os participantes presentes na sala, como vimos na análise, é

fundamental na construção dessas interações, pois dela são extraídas as informações que norteiam a interação e as principais fases do exame. Não há, por isso, como não lidar com esse elemento material que está disponível tanto para o médico quanto para a gestante (assim como para acompanhantes) ao longo das interações. É justamente por estar disponível também à gestante e aos seus acompanhantes, que as imagens podem, muitas vezes, tornar-se um “problema”. O exame, ao produzir imagens *online* e que são disponibilizadas também online para os participantes (diferentemente, por exemplo, de um exame radiológico ou de uma tomografia computadorizada), oportuniza que os participantes leigos tragam questionamentos ao médico acerca do que veem projetado simultaneamente à realização do exame.

Por outro lado, os questionamentos acerca das imagens fetais, se bem aproveitados, podem também oportunizar momentos de letramento de gestantes e acompanhantes sobre o exame. Concordamos também com Buscher e Jensen (2007) ao afirmarem que uma computação palpável, ou seja, uma computação acessível a todos, passa pelo exame de ultrassom na medida em que há a necessidade de decodificar as imagens da tela à gestante e aos acompanhantes. As mesmas autoras dizem que os comentários *online* nem sempre são suficientes para tornar significativo o que é visto na projeção dos exames na tela, fato esse que é corroborado em nossos dados, visto que os comentários podem desencadear problemas de entendimento entre os participantes e esses problemas podem ficar sem solução, como acontece com os termos *encaixe* e *posição*.

Podemos aqui especular, frente àquilo que mencionamos em relação aos entendimentos nem sempre compartilhados por gestantes e médicos acerca das palavras *encaixe* e *posição* e sobre os comentários *online* e imagens fetais, que o papel desempenhado pelo ultrassonografista está ligado a uma prática que negligencia o papel de “médico” propriamente dito dentro desse contexto. Precisamos nos questionar sobre os limites de atuação profissional do ultrassonografista – tão demarcados, especialmente no Brasil –, já que é um médico por formação. A falta de autonomia em responder a questionamentos trazidos pelas gestantes (muitas vezes em decorrência de um entendimento de que as respostas para esse questionamentos não sejam da alçada de um médico ultrassonografista, mas de um obstetra) parece deflagrar o engessamento da profissão. Ao compreendermos que o caráter *online* do exame favorece maior participação da gestante, conseguimos igualmente enxergar que o exame de ultrassom é um momento propício à atuação médica, visto que as perguntas na interação denunciam que algo está faltando nas consultas de pré-natal. Nesse sentido, se refletirmos também sobre as consultas de rotina na gestação, nos parece que o agenciamento

das gestantes nessas consultas não é proporcionado, mas durante o ultrassom sim. Outro fator importante na construção da visão de que o ultrassom é uma extensão das consultas de pré-natal vem do fato de que no Brasil, diferentemente de outros países, em que técnicos ou enfermeiros estão envolvidos na feitura do exame, médicos especialistas realizam o ultrassom, o que poderia ser um dos motivos pelos quais tantos questionamentos são trazidos por gestantes.

Sendo assim, as considerações sobre a análise de dados nos levam às contribuições que nossa pesquisa traz para o meio acadêmico e social. Primeiramente, a abordagem teórico-metodológica que utilizamos para desenvolver a pesquisa atribui um caráter de ineditismo às pesquisas sobre o exame de ultrassom no âmbito brasileiro. Não podemos deixar de mencionar que o primeiro trabalho desenvolvido sobre o ultrassom obstétrico no Brasil que envolveu observações diretas da pesquisadora, contudo, sem gravação do evento, foi realizado por Chazan (2007). A pesquisa abordou questões de outras ordens, visto ser um estudo antropológico, a partir da observação dos participantes do evento (médicos, gestantes e acompanhantes). A autora destacou, entre outros aspectos, a questão da “espetacularização” do exame e da construção do feto como um ser social antes do nascimento. Compreendemos que nossa investigação oportuniza novos entendimentos sobre as interações durante o ultrassom, abordando, em primeiro lugar, um tema relevante para a área social, como é a questão do parto, bem como contribuindo teoricamente acerca do conceito de orientação para os estudos da Análise da Conversa. Assim, as duas pesquisas (essa e de Chazan), apesar de se debruçarem sobre o mesmo evento, adotam abordagens metodológicas diferentes e cada uma, a sua maneira, contribui para o avanço do conhecimento sobre um exame de suma importância no Brasil e no mundo.

A partir da análise de dados, compreendemos como a conversa é organizada na interação durante o ultrassom, mapeando e descrevendo as fases que permeiam o exame. Com isso, conseguimos contribuir de forma mais ampla para os estudos da fala-em-interação em ambientes institucionais. Quanto ao conceito orientação, acreditamos que a sistematização e a tentativa de uma redefinição a partir dos achados analíticos desta pesquisa constituem uma importante contribuição teórica e analítica. Ainda, acreditamos que a mais importante contribuição sobre orientação foi demonstrar a quantidade de aspectos que os interagentes se orientam fora da interação “verbal” propriamente dita.

Em relação ao assunto parto, nossa pesquisa pôde refletir sobre uma questão de ordem macrossocial mundialmente relevante, mas aqui investigada por um enfoque analítico nunca antes explorado: a ordem microssocial da fala-em-interação. Além disso, ao trazermos à tona

o debate sobre o caráter *online* do exame, proporcionamos uma discussão, ainda que inicial, sobre o papel do ultrassonografista no pré-natal, não só como profissional atuante na parte de diagnóstico, mas como profissional envolvido nos cuidados e atenção à saúde da mulher.

Por fim, futuras pesquisas, sugerimos que o tópico “escolha do parto” seja mais largamente e profundamente investigado pela perspectiva Análise da Conversa, por meio de acompanhamento e gravação dos eventos em que acontecem essa negociação – nesse caso, as consultas de pré-natal, tanto em atendimentos públicos quanto privados, e de forma longitudinal. Um estudo dessa natureza seria mais uma tentativa na busca pela compreensão razões do número excessivo de cesáreas em países como o Brasil.

No que condiz à orientação na fala em interação, propomos igualmente que mais pesquisas sejam realizadas. Por mais que o termo orientação seja usado desde o texto inaugural da AC, a literatura não apresenta uma definição definitiva. Por essa razão, o conceito de orientação ainda carece aprimoramentos, bem como orientação enquanto objeto analítico demanda novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

ABORTAMENTO após reprodução assistida. **Clínica de Fertilidade FGO**. São Paulo, [2013?]. Disponível em: <<http://www.clinicafgo.com.br/fertilidade/abortamento-apos-reproducao-assistida/>>. Acesso em: 3 fev. 2014.

AHMAN, Annika; RUNESTAM, Karin; SARKADI, Anna. Did I really want to know this? Pregnant women's reaction to detection of a soft marker during ultrasound screening. **Patient Education and Counseling**, [S.l.], v. 81, 87-93, 2010.

ALENCAR JÚNIOR, Carlos Augusto (org.). **Assistência pré-natal**: manual de orientação. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), [2011?].

ANTAKI, Charles. Six kinds of applied conversation. In: ANTAKI, Charles. **Analysis applied conversation analysis**. Basingstoke: Palgrave-Macmillan, 2011. p. 1-14.

ANTAKI, Charles; WIDDICOMBE, Sue. Identity as an achievement and as a tool. In: ANTAKI, Charles; WIDDICOMBE, Sue. **Identities in talk**. London: Sage Publications, 1998. p. 1-14.

ASPLIN, Nina; WESSEL, Hans; MARIONS, Lena; ÖHMAN, Susanne G. Pregnant women's perspectives on decision-making when a fetal malformation is detected by ultrasound examination. **Sexual & Reproductive Healthcare**, [S.l.], n. 4, p. 79–84, 2013.

AUNE, Ingvild; MÖLLER, Anders. 'I want a choice, but I don't want to decide': A qualitative study of pregnant women's experiences regarding early ultrasound risk assessment for chromosomal anomalies. **Midwifery**, [S.l.], n. 28, p. 14-23, 2012.

BARROS, Fernando C.; VAUGHAN, JP; VICTORA, Cesar G. Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. **Health Policy Plan**, [S.l.], v.1, n.1, 19-29, march, 1986.

BEGLEY, Cecily; LALOR, Joan. Fetal anomaly screening: what do women *want* to know. **Journal of Advanced Nursing**, [S.l.], v. 55, n. 1, 11-19, 2006.

BÉHAGUE, Dominique P.; VICTORA, Cesar G.; BARROS, Fernando C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. **British Medical Journal**, [S.l.], v. 20, n. 324(7343), 942-945, april, 2002.

BOM Dia Brasil. Número de cesarianas no SUS é mais que o dobro aceitado pela OMS. **G1**: o portal de notícias da Globo, [S.l.], 16 jul. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2013/07/numero-de-cesarianas-feitas-no-sus-e-mais-que-o-dobro-aceitado-pela-oms.html>>. Acesso em: 1 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Portal da Saúde**. Brasília, DF, [2013?]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/>>. Acesso em: 5 jun. 2013.

BRUNS, Rafael Frederico. **Quando o bebê vai encaixar?** Fetalmed, [S.l.], 29 jul. 2011. Disponível em: <<http://www.fetalmed.net/item/quando-o-bebe-vai-encaixar.html>>. Acesso em: 5 mai. 2013.

BRYANT, Joanne; PORTER, Maree; TRACY, Sally K.; SULLIVAN, Elizabeth A. Caesarean birth: consumption, safety, order and good mothering. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 65, 1192-1201, 2007.

BÜSCHER, Monika; JENSEN, Gloria. Sound sight: seeing with ultrasound. **Health Informatics Journal**, [S.l.], v. 13, n. 1, 23-35, 2007.

CARMELLO, Cláudia. **Por que o Brasil é campeão mundial de cesarianas?** Revista Super Interessante, [S.l.], dez. 2008. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/saude/brasil-campeao-mundial-cesarianas-447884.shtml>>. Acesso em: 1 out. 2013.

CAROLAN, Mary; HODNETT, Ellen. Discovery of soft markers on fetal ultrasound: maternal implications. **Midwifery**, n.25, p. 654–664, 2009.

CHAZAN, Lilian K. **“Meio quilo de gente”**: um estudo antropológico sobre o ultrassom obstétrico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CHAZAN, Lilian K. **Pioneiros da ultrassonografia obstétrica no Brasil**: relatório de pesquisa de pós-doutorado. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 2008.

CHAZAN, Lilian K. “Pra mim...são as montanhas rochosas...” Consumo, espetáculo e muito mais no ultrassom obstétrico no Rio de Janeiro da virada do século. **RECIIS - R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.3, n.4, 145-159, dez., 2009.

DEL CORONA, Márcia de Oliveira. **O universo do 190 pela perspectiva da fala-em-interação**. 2011. 247 f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada) – Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, 2011.

DIAS, Suzana. **Cólicas são normais?** [S.l.], 2013. Disponível em: <<http://bebe.abril.com.br/materia/colicas-sao-normais>>. Acesso em: 8 jan. 2014.

DRAPER, Jan. ‘It was a real good show’: the ultrasound scan, fathers and the power of visual knowledge. **Sociology of Health & Illness**, [S.l.], v. 24, n. 6, 771–795, 2002.

DREW, Paul; HERITAGE, John. Analyzing talk at work: an introduction. In: DREW, Paul; HERITAGE, John. (Org.). **Talk at Work**. New York: Cambridge University Press, 1992. p. 3-65.

DUARTE, Ana Cristina. **Mitos e fatos**. [S.l.], [2013?]. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/conteudo.php?src=mitos&ext=html>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

EKELIN, Maria; CRANG-SVALENIUS, Elizabeth; DYKES, Anna-Karin. A qualitative study of mothers' and fathers' experiences of routine ultrasound examination in Sweden. **Midwifery**, [S.l.], v. 20, 335-344, 2004.

FENWICK, Jennifer; STAFF, Lynne; GAMBLE, Jenny; CREEDY, Debra K.; BAYES, Sara. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? **Midwife**, [S.l.], v. 26, 394-400, 2010.

FREITAS, Paulo F.; BEHAGUE, Dominique P. Brazil's culture of caesarean births. **Health Exchange**, [S.l.], v. 10, 8-9, 1995.

FREITAS, Paulo Fontoura; DRACHLER, Maria de Lourdes; LEITE, José Carlos de Carvalho; GRASSI, Paulo Recena. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 39, n. 5, 761-767, 2005.

GAGO, Paulo C.; COSTA, Talita Fernandes da; SILVA, Andressa Christine O. da; PACHIEL, Clélia Precci P.; FERREIRA, Cristiane Dias; RODRIGUES, Raquel Reis; NASCIMENTO, Tassiana de Souza F. do. O problema da noção de formulação. **Revista Gatilho**, [S.l.], v. 15, p. 1-13, 2012.

GAGO, Paulo C.; PINTO, Priscila Júlio G.; SANT'ANNA, Priscila Fernandes. A prática de reformulação na delegacia de repressão a crimes contra a mulher e na mediação familiar judicial. **Signótica**, Goiânia, v. 25, n. 2, p. 413-434, jul./dez. 2013.

GARCEZ, Pedro de Moraes. A perspectiva da Análise da Conversa. Etnometodológica sobre o uso da linguagem em interação social. In: LODER, Leticia Ludwig; JUNG, Neiva Maria (Org.). **Fala-em-interação social: uma introdução à Análise da Conversa Etnometodológica**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2008. p. 17-38.

GARCIA, Jo; BRICKER, Leanne; HEDERSON, Jane; MARTIN, Marie-Anne; MUGFORD, Miranda; NIELSON, Jim; ROBERTS, Tracy. Women's views of pregnancy ultrasound: a systematic review. **Birth**, 29:4, p. 225-250, December, 2002.

GOODWIN, Charles. Action and embodiment within situated human interaction. **Journal of Pragmatics**, [S.l.], v. 32, p. 1489-1522, 2000.

GOFFMAN, Erving. **The presentation of self in everyday life**. New York: Doubleday Anchor, 1959.

GOMES, Aline G.; PICCININI, César A. A ultrassonografia obstétrica e a relação materno-fetal em situações de normalidade e anormalidade fetal. **Estudos de Psicologia I**, Campinas, 381-393, out./dez., 2005.

GOMES, Aline G.; PICCININI, Cesar A. Impressões e sentimentos das gestantes sobre a ultrassonografia e suas implicações para a relação materno-fetal no contexto de anormalidade fetal. **PSICO**, v. 38, n. 1, p. 67-76, jan./abr., 2007.

GOMES, Aline G.; PICCININI, Cesar A. A Ultrassonografia Obstétrica e suas Implicações para a Relação Materno-Fetal. **Interação Psicol.**, v. 14, n.2, p.139-150, 2010.

GOMES FILHO, Paulo. **Tipos de ultrassonografias**. [S.l.], 2010. Disponível em: <<http://obstetraonline.wordpress.com/2009/07/07/tipos-de-ultrassonografias>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

GRAHAM, W. J.; HUNDLEY, V.; MCCHEYNE, A.L.; HALL, M.H.; GURNEY, E.; MILNE, J. An investigation of women's involvement in the decision to deliver by caesarean section. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, London, v. 106, n. 3, p. 213-220, 1999.

GRAVIDEZ: informações sobre gravidez para mães de primeira viagem. **Teste de gravidez e exame Beta hCG: como funciona o bhCG e a tabela hCG**, [S.l.], [2013?]. Disponível em: <<http://gravidez.awardspace.com/exame-hcg-como-funciona-tabela-hcg-bhcg.html>>. Acesso em: 3 mar. 2013.

GUDEX, C.; NIELSEN, B. L.; MADSEN, M. Why women want prenatal ultrasound in normal pregnancy. **Ultrasound Obstet Gynecol**, [S.l.], v. 27, 145-150, 2006.

HAGEN-ANSERT, Sandra L. (org.). **Tratado de ultrassonografia diagnóstica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

HAYANO, Kaoru. Question design in conversation. In: SIDNELL, Jack; STIVERS, Tanya. **The handbook of conversation analysis**. London: Wiley-Blackwell, 2012. p. 395-414.

HAVE, Paul Ten. **Understanding qualitative research and ethnomethodology**. London: Sage, 2004.

HERITAGE, John. A change-of-state token and aspects of its sequential placement. In: ATKINSON, J. M.; HERITAGE, John (Ed.). **Structures of social action**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1984. p. 299-345.

HERITAGE, John; SEFI, Sue. Dilemmas of advice: aspects of the delivery and reception of advice in interactions between health visitors and first-time mothers. In: DREW, Paul; HERITAGE, John. (orgs.). **Talk at Work**. New York: Cambridge University Press, 1992. p. 359-417.

HERITAGE, John; STIVERS, Tanya. Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 49, 1501-1517, 1999.

HERITAGE, John; CLAYMAN, Steven. **Talk in action: interactions, identities and institutions**. London: Wiley-Blackwell, 2010.

HERITAGE, John. Questioning in medicine. In: FREED, Alice; EHRLICH, Susan (orgs.). **Why do you ask?: the function of questions in institutional discourse**. New York: Oxford University Press, 2010. p. 42-68.

HOPKINS, Kristine. Are brazilian women really choosing to deliver by cesarean? **Social Science & Medicine**. v. 51, 725-4-740, 2002.

HUTCHBY, Ian; WOOFIT, Robin. **Conversation analysis: principles, practices, and applications**. Cambridge: Polity Press, 1998.

KABAKIAN-KHASHOLIAN, Tamar. 'My pain was stronger than my happiness': experiences of caesarean births from Lebanon. **Midwife**, [S.l.], v. 29, p. 1251-1256, 2013.

KNOBEL, Roxana; BUCHELE, Fátima. Mortalidade após procedimentos obstétricos no SUS nos anos de 2002 a 2004: uma reflexão sobre os altos índices de cesárea no Brasil. In: COELHO, Elza Berger S.; CALVO, Maria Cristina M.; COELHO, Clair Castilhos (orgs.). **Saúde da mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006. p. 205-216.

LALOR, Joan; DEVANE, Declan. Information, knowledge and expectations of the routine ultrasound scan. **Midwifery**, [S.l.], n. 23, p. 13-22, 2007.

LEVINSON, Sthephen C. **Pragmatics**. New York: Cambridge, 1983.

LEVINSON, Sthephen C. Action formation and ascription. In: SIDNELL, Jack; STIVERS, Tanya. **The handbook of conversation analysis**. London: Wiley-Blackwell, 2012. p. 103-130.

LINDSTROM, Anna; SORJONEN, Marja-Leena. Affiliation in conversation. In: SIDNELL, Jack; STIVERS, Tanya. **The handbook of conversation analysis**. London: Wiley-Blackwell, 2012. p. 350-369.

LOBEL, Marci; DELUCA, Robyn Stein. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 64, p. 2272-2284, 2007.

LOCOCK, Louise; ALEXANDER, Jo. 'Just a bystander'? Men's place in the process of fetal screening and diagnosis. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 62, p.1349-1359, 2006.

LODER, Letícia L.; GONZALEZ, Patrícia C.; GARCEZ, Pedro M. Reparo em Terceira posição e intersubjetividade na fala-em-interação em português brasileiro. **VEREDAS - Rev. Est. Ling, Juiz de Fora**, v.6, n.2, p.115-122, jul./dez. 2002.

LODER, Letícia L. Noções fundamentais: a organização de reparo. In: LODER, Letícia Ludwig; JUNG, Neiva Maria. **Fala-em-interação social: introdução à análise da conversa etnometodológica**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2008. p. 95-126.

LODER, Letícia L.; JUNG, Neiva Maria. **Análises de fala-em-interação institucional: a perspectiva da Análise da Conversa Etnometodológica**. Campinas: Mercado de Letras, 2009.

MENDONÇA, André Spenziéri Carneiro de. **Ultrassonografia**. [S.l.], 2013. Disponível em: <<http://www.spenzieri.com.br/about/ultra-sonografia/>>. Acesso em: 25 mai. 2013.

MITCHELL, Lisa M. Women's experiences of unexpected ultrasound findings. **Journal of Midwifery & Women's Health**, [S.l.], v. 49, n. 3, 228-234, may/june, 2004.

MOLANDER, Eva; ALEHAGEN, Siw; BERTERÖ, CARINA. Routine ultrasound examination during pregnancy: a world of possibilities. **Midwifery**, [S.l.], v. 26, 18-26, 2010.

MORAES, Eleonora de. **Medos e mitos no parto normal**. Ribeirão Preto, SP, [2013?]. Disponível em: <<http://www.despertardoparto.com.br/medos-e-mitos-no-parto-normal.html>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

NATHANSON, Bernard N. **The silent scream**, 1984. 1 post (27min. 16s.). Postado em: 2007. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=cjNo_0cW-ek> Acesso em: 11 nov. 2011.

NATURA. **Natura mamãe e bebê**. [S.l.], 2010. Disponível em: <http://mamaeebebe.com.br/ultrassom_surpresa.php>. Acesso em: 10 mar. 2013.

NEVES, Maria Helena de Moura (org.). **Gramática do português falado**. Volume VII: novos estudos. São Paulo: Humanitas/FFLCH/USP; Campinas: Editora da Unicamp, 1999.

NISHIZAKA, Aug. Self-initiated problem presentation in prenatal checkups: its placement and construction. **Research on language and social interaction**, [S.l.], v. 43, n.3, 283–313, 2010.

NISHIZAKA, Aug. The embodied organization of a real-time fetus: The visible and the invisible in prenatal ultrasound examinations. **Social Studies of Science**, [S.l.], v. 41, n.3, 309–336, 2011.

OLIVEIRA, Pâmela; RITTO, Cecília. **O parto normal em extinção no Brasil**. Revista Veja Digital, [S.l.], 31 mar. 2013. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/o-parto-normal-em-extincao-no-brasil>>. Acesso em: 10 out. 2013.

OSTERMANN, Ana Cristina; MENEGHEL, Stela Nazareth. **Humanização, gênero, poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Campinas, SP: Mercado de Letras; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

OSTERMANN, Ana Cristina; SILVA, Caroline Rodrigues da. A formulação explicitando a compreensão mútua entre médico e paciente: uma forma de humanizar os atendimentos. In: OSTERMANN, Ana Cristina; MENEGHEL, Stela Nazareth. **Humanização, gênero, poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Campinas, SP: Mercado de Letras; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 99-118.

OSTERMANN, Ana Cristina; SOUZA, Joseane de. As explicações feitas pelas pacientes para as causas de seus problemas de saúde: como os médicos lidam com isso. In: OSTERMANN, Ana Cristina; MENEGHEL, Stela Nazareth. **Humanização, gênero, poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Campinas, SP: Mercado de Letras; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012a. p. 85-98.

OSTERMANN, Ana Cristina; SOUZA, Joseane de. Glossário conciso de termos de estudos de fala-em-interação. In: OSTERMANN, Ana Cristina; MENEGHEL, Stela Nazareth. **Humanização, gênero, poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Campinas, SP: Mercado de Letras; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012b. p. 163-166.

PSATHAS, George. **Conversation analysis: the study of talk-in-interaction**. London: SAGE, 1995.

RACLAW, Joshua. Approaches to "Context" within Conversation Analysis. **Colorado Research in Linguistics**, Colorado, v. 22, 1-22, 2009.

RICHARDS, Keith; SEEDHOUSE, Paul. **Applying conversation analysis**. New York: Macmillan, 2005.

SACKS, Harvey; SCHEGLOFF, Emanuel A.; JEFFERSON, Gail. A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. **Language**, [S.l.], v. 50, 696-735, 1974.

SACKS, Harvey; SCHEGLOFF, Emanuel A.; JEFFERSON, Gail. Sistemática elementar para a organização da tomada de turnos para a conversa [1974]. **VEREDAS - Rev. Est. Ling, Juiz de Fora**, v.7, n.1 e n.2, p. 9-73, jan./dez. 2003.

SCHEGLOFF, Emanuel A. **Sequence organization in interaction: a primer in Conversation Analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, v. 1, 2007.

SCHEGLOFF, Emanuel. A; JEFFERSON, Gail; SACKS, Harvey. The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. **Language**, Baltimore, v. 53, n. 2, p. 361-382, 1977.

SCHEGLOFF, Emanuel. A. Repair after next turn: the last structurally provided defense of intersubjectivity in conversation. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 97, n. 5, p. 1295-1345, 1992.

SCHEGLOFF, Emanuel A. Confirming allusions: toward an empirical account of action. **American Journal of Sociology**, [S.l.], v. 102, n. 1, july, 161-216, 1996.

SCHEGLOFF, Emanuel. A. Third turn repair. In: GUY, Gregory. R.; FEAGIN, Crawford; SCHIFFRIN, Deborah.; BAUGH, John. (orgs.). **Towards a social science of language: papers in honor of William Labov**, Volume 2. Amsterdam: John Benjamins, 1997. p. 31-40.

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

SEDICIAS, Scheila. **Cólica na gravidez**. Pernambuco, [2013?]. Disponível em: <<http://www.tuasaude.com/colica-na-gravidez/>>. Acesso em: 8 jan. 2014.

SHOWALTER, Elaine; GRIFFIN, Anne. Commentary: all women should have a choice. **BMG**, Edinburgh, n. 319, p. 1397-1402, nov., 1999.

SIDNELL, Jack. **Conversation Analysis: an introduction**. London: Wiley-Blackwell, 2010.

SILVA, Patrícia. Senado aprova o parto humanizado. **Rede HumanizaSUS**. Blumenau, 26 set. 2013. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/66019-senado-aprova-o-parto-humanizado-no-sus>>. Acesso em: 1 out. 2013.

SILVA, Juliana; OSTERMANN, Ana Cristina. **Uma análise interacional das apresentações de problemas de saúde e de seus encaminhamentos em consultas ginecológicas e obstétricas**. 2011. 63 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Letras – Habilitação: Português) – Curso de Letras, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, 2011.

SILVERMAN, David. **Qualitative research: theory, method and practice**. London: SAGE, 2004.

SOMMERSETH, Eva; SUNDBY, Johanne. Women's experiences when ultrasound examinations give unexpected findings in the second trimester. **Women and birth**, [S.l.], v. 23, 111-116, 2010.

SPEER, Susan A. **Gender Talk: Feminism, Discourse and Conversation Analysis**. London: Routledge, 2005.

STIVERS, Tanya. Participating in decisions about treatment: overt parent pressure for antibiotic medication in pediatric encounters. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v.54, 1111-1130, 2002.

VARELLA, Drauzio; GALLETA, Marco Aurélio. **Enigma da gravidez (entrevista)**, [S.l.], [2013?]. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/enigma-da-gravidez/>>. Acesso em: 15 set. 2013.

WEAVER, Jane J.; STATHAM, Helen; RICHARDS, Martin. Are there “unnecessary” cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications. **BIRTH**, [S.l.], v. 34, n. 1, 32-41, march, 2007.

WONG; Jean; OLSCHER, David. Reflections on conversation analysis and nonnative speaker talk: an interview with Emanuel A. Schegloff. **Issues in Applied Linguistics**, Los Angeles, v. 11, n. 1, 111-128, 2000.

WORLD Health Organization (WHO). **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO), 1996.

WORLD Health Organization (WHO). **Monitoring emergency obstetric care: a handbook**. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO), 2009.

WORLD Health Organization (WHO). **WHO recommendations for induction of labour**. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO), 2011.

ZIMMERMAN, Don H. Identity, context and interaction. In: ANTAKI, Charles; WIDDICOMBE, Sue. **Identities in talk**. London: Sage Publications, 1998. p. 87-106.

ANEXO A - CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO⁷⁵

| | |
|-----------------|---------------------------------------|
| (1.8) | Pausa |
| (.) | Micropausa |
| texto= | Fala colada |
| [Texto] | Falas sobrepostas |
| texto, | Entonação contínua |
| ↑texto | Entonação ascendente da sílaba |
| ↓texto | Entonação descendente da sílaba |
| texto. | Entonação descendente do turno |
| texto? | Entonação ascendente do turno |
| text- | Marca de interrupção abrupta da fala |
| te:::xto | Alongamento de som |
| >Texto< | Fala acelerada |
| >>Texto<< | Fala muito acelerada |
| <Texto> | Fala mais lenta |
| <<Texto>> | Fala muito mais lenta |
| TEXTO | Fala com volume mais alto |
| °texto° | Volume baixo |
| °°texto°° | Volume muito baixo |
| <u>Texto</u> | Sílaba, palavra ou som acentuado |
| (Texto) | Dúvidas da transcritora |
| xxxx | Fala inaudível |
| ((Texto)) | Comentários da transcritora |
| hhhh | Riso expirado |
| hahahehehihi | Risada com som de vogal |
| {{rindo} texto} | Turnos ou palavras pronunciadas rindo |
| .hhh | Inspiração audível |

⁷⁵ Modelo proposto por Jefferson (1984), adaptado e revisado pelo grupo de pesquisa *A Fala-em-interação em contextos Institucionais e Não-Institucionais* do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, da Unisinos.

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MÉDICOS)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (médico)

Você está sendo convidado/a a participar de um estudo sobre os atendimentos em exames de ultrassom obstétrico. Esse estudo "Análise interacional dos impasses comunicacionais em ultrassonografias obstétricas" está sendo conduzido por mim, Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann (professora e pesquisadora da Unisinos). Através desta pesquisa, queremos entender um pouco mais sobre como se dão as interações entre médicos e gestantes durante os exames de ultrassonografia.

As atividades que servirão de dados para a pesquisa são: a) gravação em áudio de cerca de 45 exames de ultrassom obstétricos, efetuados em diferentes horários, dias e com diferentes pacientes; b) registro em vídeo *apenas* das imagens fetais projetadas na tela LCD; c) breve entrevista com os(as) médicos(as) que participarem da pesquisa; e d) notas de observação sobre o ambiente pesquisado e sobre as pacientes antes da consulta.

Sendo a senhor/a médico/a na [REDACTED] solicito sua autorização para gravar em áudio e analisar interações de consultas com a sua participação e anotar informações relevantes quanto à realização do exame.

Sua participação nos ajudará a compreender um pouco mais sobre como se dá a interação entre médico e gestante durante o exame de ultrassonografia, como são discutidos e compreendidos os problemas e as dúvidas trazidas pela gestante durante o exame e como se revolvem impasses comunicacionais que podem surgir durante a realização do exame.

Não há riscos associados a sua participação nesta pesquisa para além daqueles associados à vida cotidiana. As informações que obtivermos de você serão rigorosamente confidenciais. Seu nome real, o nome da paciente em quem você realizar o exame, nomes de outras pessoas que sejam mencionados durante o exame, e mesmo o nome da cidade em que está situada a clínica serão substituídos por outros nomes em qualquer apresentação ou publicação do nosso estudo. Seus dados serão confidenciais e sua participação no estudo é totalmente voluntária.

Os dados coletados ficarão sob minha inteira responsabilidade e, após o término do estudo, serão gravados em CD e arquivados pelo meu projeto de pesquisa maior, permanecendo em meu gabinete para eventuais consultas necessárias a publicações científicas. Os dados serão guardados por tempo indeterminado e utilizados somente para a finalidade proposta.

Você pode se recusar a participar ou se retirar a qualquer momento sem qualquer penalidade, assim como tem o direito de fazer perguntas e de esclarecer dúvidas sobre o estudo a qualquer momento. Se você tiver dúvidas ou perguntas, entre em contato comigo pelo telefone 3591-1100, ramal 1349, ou pelo e-mail aco@unisinos.br.

Você recebeu uma via deste documento de consentimento que ficará em seu poder. Agradeço por sua colaboração e interesse em nosso projeto.

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 20.11.12

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTES)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (paciente)

Você está sendo convidada a participar de um estudo sobre os atendimentos em exames de ultrassom obstétrico. Esse estudo "Análise interacional dos impasses comunicacionais em ultrassonografias obstétricas" está sendo conduzido por mim, Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann (professora e pesquisadora da Unisinos). Através desta pesquisa, queremos entender um pouco mais sobre como se dão as interações entre médicos e gestantes durante os exames de ultrassonografia.

As atividades que servirão de dados para a pesquisa são: a) gravação em áudio de cerca de 45 exames de ultrassom obstétricos, efetuados em diferentes horários, dias e com diferentes pacientes; b) registro em vídeo *apenas* das imagens fetais projetadas na tela LCD; c) breve entrevista com os(as) médicos(as) que participarem da pesquisa; e d) notas de observação sobre o ambiente pesquisado e sobre as pacientes antes da consulta.

Sendo a senhora paciente em exame na [REDACTED] solicito sua autorização para gravar em áudio e analisar interações de consultas com a sua participação e anotar informações suas, como sua idade, escolaridade, idade gestacional e possíveis problemas de saúde.

Sua participação nos ajudará a compreender um pouco mais sobre como se dá a interação entre médico e gestante durante o exame de ultrassonografia, como são discutidos e compreendidos os problemas e as dúvidas trazidas pela gestante durante o exame e como se revolvem impasses comunicacionais que podem surgir durante a realização do exame.

Não há riscos associados a sua participação nesta pesquisa para além daqueles associados à vida cotidiana. As informações que obtivermos de você serão rigorosamente confidenciais. Seu nome real, o nome do profissional que lhe atender na clínica, nomes de outras pessoas que sejam mencionados durante o exame ou que estejam com você nesse momento, e mesmo o nome da cidade em que está situada a clínica serão substituídos por outros nomes em qualquer apresentação ou publicação do nosso estudo. Seus dados serão confidenciais e sua participação no estudo é totalmente voluntária.

Os dados coletados ficarão sob minha inteira responsabilidade e, após o término do estudo, serão gravados em CD e arquivados pelo meu projeto de pesquisa maior, permanecendo em meu gabinete para eventuais consultas necessárias a publicações científicas. Os dados serão guardados por tempo indeterminado e utilizados somente para a finalidade proposta.

Você pode se recusar a participar ou se retirar a qualquer momento sem qualquer penalidade. Não há nenhuma relação entre este estudo e a [REDACTED]. Ou seja, a sua decisão em participar ou não da pesquisa não afetará em nada o atendimento que você terá com o médico. Você também tem o direito de fazer perguntas e de esclarecer dúvidas sobre o estudo a qualquer momento.

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

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA

Av. Unisinos, 950 Caixa Postal 275 CEP 93022-000 São Leopoldo Rio Grande do Sul, Brasil / 11 / 12
Fone: (51) 3591-1198 ou ramal 2198 Fax: (51) 3590-8118 <http://www.unisinos.br>

.....
[Handwritten Signature]