

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

CAROLINE RODRIGUES DA SILVA

ANÁLISE DE CONSULTAS ENTRE PACIENTES COM DIABETES E SEU MÉDICO:
AS CONTRIBUIÇÕES DA FALA-EM-INTERAÇÃO

São Leopoldo

2009

Caroline Rodrigues da Silva

ANÁLISE DE CONSULTAS ENTRE PACIENTES COM DIABETES E SEU MÉDICO:
AS CONTRIBUIÇÕES DA FALA-EM-INTERAÇÃO

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

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann

São Leopoldo

2009

Caroline Rodrigues da Silva

ANÁLISE DE CONSULTAS ENTRE PACIENTES COM DIABETES E SEU MÉDICO:
AS CONTRIBUIÇÕES DA FALA-EM-INTERAÇÃO

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

Aprovada em março de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Diana de Souza Pinto - UNIRIO

Profa. Dra. Marlene Teixeira - UNISINOS

Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann - Orientadora - UNISINOS

*"é tão estranho...
os bons morrem jovens
assim parece ser
quando me lembro de você*

*que acabou indo embora
cedo demais"*

Love in the Afternoon - Renato Russo

ao meu irmão Flávio Antônio

AGRADECIMENTOS

Agradeço à CAPES, por acreditar e incentivar a pesquisa científica brasileira e que possibilitou que este estudo saísse do papel.

Agradeço a minha orientadora, Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann, por me ajudar a trilhar o caminho na pesquisa científica.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, na pessoa da coordenadora Profa. Dra. Ana Maria de Mattos Guimarães e também a todas as professoras.

Agradeço à banca de qualificação, composta pela Profa. Dra. Marlene Teixeira e pelo Prof. Dr. Emílio Moriguchi, pelas suas maravilhosas contribuições.

Agradeço ao médico que abriu as portas de seu consultório para que eu realizasse essa pesquisa e aos pacientes que gentilmente me deixaram participar de um momento tão particular como a consulta médica.

Agradeço as minhas colegas pelos ótimos momentos. Em especial, à Dani, minha companheira de todos os momentos.

Agradeço as minhas colegas do FEI pelas brilhantes ideias e risos contagiantes.

Agradeço ao meu amado, que além do apoio sentimental, teve a paciência de revisar todos os últimos detalhes deste trabalho.

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo descrever as trocas interacionais entre um médico e seus pacientes diagnosticados/as com diabetes. Em pacientes com essa doença, a aderência ao tratamento é fator importante, topicalizado em todas as consultas. Uma alta aderência auxilia o/a paciente a atingir bons níveis de controle da doença e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida. Por isso, objetivamos averiguar de que forma as questões de aderência emergem nas interações. Para tanto, dados foram coletados em dois postos de saúde do SUS localizados na região metropolitana de Porto Alegre e foram analisados através das ferramentas da Análise da Conversa (SACKS, 1992). De acordo com essa metodologia, os dados devem direcionar o olhar da pesquisadora para o que for mais relevante e/ou recorrente de ser analisado. Dessa forma, percebeu-se que momentos de negociação entre o médico e os/as pacientes eram bastante recorrentes e que esses momentos estavam pautados sobre diferentes tópicos relacionados ao tratamento. As análises apontam que essas negociações surgem quando o paciente oferece algum tipo de resistência ao que o médico sugere. Além disso, as negociações também revelam que o médico está ciente de que precisa oferecer metas realísticas para seus pacientes ao fazer concessões e sugerir mudanças graduais no estilo de vida dos pacientes. Um outro foco analítico que emergiu dos dados está relacionado a questões de moralidade, que estava bastante presente tanto na fala do médico quanto na fala dos/as pacientes. Sugere-se que essas questões morais influenciam o modo como o médico interage com os/as pacientes, sendo mais ou menos condescendente com problemas relacionados ao autogerenciamento.

Palavras-chave: interação médico-paciente. diabetes mellitus. aderência. negociações. moralidade.

ABSTRACT

This study aims at describing interactional exchanges between a doctor and his patients with diagnosis of diabetes. For patients who have this illness, the adherence to the treatment is an important factor, being a topic in every consultation. High adherence helps the patient to reach good levels of control of the illness and, consequently, have a better quality of life. Therefore, we investigate how issues of adherence emerge in interactions. To do so, data were collected in two public health care buildings located in the metropolitan region of Porto Alegre and where later analyzed through the tools of Conversation Analysis (SACKS, 1992). According to this methodology, the data directs the eye of the researcher to what is more relevant and/or recurrent to be analyzed. Thus, they pointed that moments of negotiation were rather recurrent among the doctor and the patients and it was evident that these moments addressed different topics related to the treatment. The analyses show that these negotiations emerge when the patient offers resistance to a suggestion made by the doctor. In addition, the negotiations also reveal that the doctor is aware that he needs to offer realistic goals to his patients when he makes concessions and suggests gradual changes on patients' lifestyles. Another analytic focus that emerged from the data is related to moral issues, which permeated the speech both of the doctor and of the patients. It is suggested that these moral issues influence on the way the doctor interacts with patients, being more or less condescending with their problems related to their self-management.

Key-words: doctor-patient interaction. diabetes mellitus. adherence. negotiations. morality.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 INTERAÇÕES MÉDICO-PACIENTE.....	11
2.1 A ESTRUTURA GLOBAL DA INTERAÇÃO.....	12
2.1.1 Abertura	14
2.1.2 Apresentação da Queixa	15
2.1.3 Exame	19
2.1.4 Diagnóstico	21
2.1.5 Tratamento.....	23
2.1.6 Fechamento	26
3 DIABETES MELLITUS.....	29
3.1 A INTERDISCIPLINARIDADE SAÚDE E COMUNICAÇÃO COM FOCO NO DIABETES.....	33
4 METODOLOGIA.....	36
4.1 METODOLOGIA DE COLETA DE DADOS	36
4.1.1 A Entrada em Campo	36
4.1.2 Preceitos Éticos	37
4.1.3 Os locais de Coleta de Dados	38
4.1.4 A Coleta	48
4.2 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS	49
5 NEGOCIAÇÕES NO CONSULTÓRIO	51
5.1 NEGOCIANDO A AQUISIÇÃO DE GLICOSÍMETRO DIGITAL	51
5.2 NEGOCIANDO A MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA	62
5.3 NEGOCIANDO A MEDICAÇÃO	65
6 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ORDEM MORAL EM INTERAÇÕES ENTRE UM MÉDICO E PACIENTES DIABÉTICOS/AS	70
6.1 MORALIDADE EM INTERAÇÕES: ESTUDOS ANTERIORES	70
6.2 DIABETES E MORALIDADE.....	74
6.3 DIABETES E DEPRESSÃO	83
6.4 A CULPA É DE QUEM?.....	88
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICE – CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO.....	101
ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	102

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (BRASIL, 2006, p.7).

O parágrafo acima abre um documento publicado pelo Ministério da Saúde que define as diretrizes de atenção básica a pacientes diagnosticados/as com diabetes. Consideramos que uma das palavras mais importantes no texto acima é “epidemia”, que pode até passar despercebida, apesar de ser tão impactante em outros cenários, como o da recente gripe H1N1. A epidemia de diabetes talvez não se torne alvo da mídia nacional por não ser uma doença de mortandade rápida. Ao contrário, apesar de diminuir a expectativa de vida de seus portadores em aproximadamente 10 anos, ela afeta o organismo gradualmente.

Um outro dado relevante sobre a doença já começa a ganhar mais notoriedade, a saber, seu impacto socioeconômico. Recentemente, um estudo realizado pelo Diabetes Impact Survey com profissionais de saúde e pacientes da Alemanha, França, Reino Unido, Canadá, México e Índia estima que o ônus econômico do diabetes para o governo de cada país gira em torno de US\$ 5 bilhões (PESQUISA..., 2009). Dados como esse representam, de certa forma, um reflexo da taxa de aderência dos pacientes ao tratamento, uma vez que as complicações mais sérias da doença estão ligadas ao quanto pacientes seguem as orientações médicas. Sendo assim, os custos, tanto governamentais quanto particulares¹ só tendem a aumentar sem a garantia de uma aderência adequada por parte dos/as pacientes.

Quando pacientes são diagnosticados/as, eles/as recebem as orientações de algum/a médico/a. As principais recomendações estão relacionadas à dieta, que deve ser seguida à risca e em horários bem definidos. Além do controle alimentar, recomenda-se a prática de exercícios físicos regulares, o controle diário ou semanal das taxas glicêmicas, cuidados especiais com ferimentos em membros e tratamento farmacológico. A partir daí, cabe ao/à paciente seguir essas recomendações e fazer consultas periódicas para manter o controle adequado, o que é chamado de autogerenciamento.

¹ O capítulo três amplia as informações sobre o assunto.

O fato de algumas complicações mais sérias da doença, que serão elencadas no capítulo três deste estudo, só aparecerem a longo prazo pode fazer com que o/a paciente não se “sinta” doente. Como consequência, ele/a pode achar que não precisa seguir à risca tantas orientações, tomando decisões que podem comprometer o autogerenciamento. Além disso, podemos considerar casos em que o/a paciente não recebeu todas as recomendações necessárias de um/a médico/a, por diferentes motivos. Em geral, as orientações sobre a dieta são iguais para todos/as os/as pacientes. No entanto, outras características da doença requerem que as orientações farmacológicas sejam individualizadas e ajustadas com o tempo, até que se chegue a certa estabilidade dos níveis glicêmicos.

Tendo em vista a importância do momento em que o/a médico/a e o/a paciente conversam sobre questões de autogerenciamento, este estudo investiga interações entre um médico e pacientes diagnosticados/as com diabetes em consultas coletadas em dois postos de saúde do SUS da região metropolitana de Porto Alegre. As análises realizadas buscam descrever as trocas interacionais que caracterizam esses encontros e de que forma questões que podem estar relacionadas à aderência e ao autogerenciamento são topicalizadas na consulta.

Como será demonstrado no capítulo dois deste estudo, há um grande número de pesquisas que focam suas análises na interação entre médicos/as e pacientes em países da Europa e nos Estados Unidos. Entretanto, pesquisas interacionais com pacientes diagnosticados/as com diabetes nos parecem bastante raras (podemos citar SILVERMAN, 1987). Sugerimos que a comunicação entre médicos/as e pacientes tem um papel muito importante na aderência e no autogerenciamento da doença.

O objetivo geral deste trabalho é contribuir para os estudos linguísticos na área da saúde através da análise de interações entre médicos/as e pacientes com diabetes. Quanto aos objetivos específicos, elencamos:

- Verificar como se dão as interações entre o médico e os/as pacientes com diabetes durante o evento consulta médica;
- Averiguar se/como questões relacionadas à aderência ao tratamento são negociadas entre os participantes;
- Verificar quais são os aspectos importantes para o autogerenciamento, indicados tanto por parte do médico quanto por parte dos/as pacientes através das trocas interacionais no evento consulta;

- Descrever as estratégias linguísticas recorrentes e/ou relevantes nesse evento interacional.

A estrutura deste trabalho consiste, além deste capítulo introdutório, de cinco capítulos principais e de um capítulo de Considerações Finais. O capítulo dois revisa estudos já realizados sobre interações médico/a-paciente em todos os momentos da consulta médica. Apresentamos análises que buscam descrever de que forma o olhar microanalítico de pesquisadores/as da linguagem pode contribuir para compreender melhor as dinâmicas que perfazem esse acontecimento social. O capítulo três descreve aspectos relacionados ao diabetes mellitus, desde a sua tipologia até o impacto socioeconômico, em dados apresentados por importantes instituições como a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde. O quarto capítulo trata da metodologia empregada para a coleta, transcrição e análise dos dados desta pesquisa. O capítulo cinco apresenta o primeiro foco analítico deste estudo, que investiga diferentes negociações entre o médico e os/as pacientes participantes. Observamos que há uma orientação por parte dos/as interagentes em negociar principalmente quando os/as pacientes apresentam algum tipo de resistência a alguma solicitação ou pedido do médico ou quando o médico parece perceber que o/a paciente precisa de uma meta realística de tratamento. O sexto capítulo descreve o segundo foco analítico, embasado em questões de moralidade observadas nas interações. Em todas as consultas, o médico e os/as pacientes conversam sobre o modo como eles/as estão lidando com o autogerenciamento e quando algum “deslize” é descoberto, o médico geralmente responsabiliza o/a paciente por estar causando alguma complicação. No entanto, o médico parece estar atento a questões que possam comprometer a aderência ao tratamento e, como demonstraremos, parece ser mais condescendente com uma paciente que apresenta um quadro de depressão.

2 INTERAÇÕES MÉDICO-PACIENTE

Os primeiros estudos realizados para analisar interações entre médicos/as e pacientes durante consultas médicas estavam mais centrados no comportamento dos profissionais, deixando de lado o papel dos/as pacientes (BARON, 1985; BYRNE; LONG, 1976; KORSCH; GOZZI; FRANCIS, 1968; WAITZKIN; STOECKLE, 1976). Além disso, tais pesquisas se baseavam em modelos pré-concebidos, que buscavam identificar aspectos como as fases da visita médica, estilos de consultas, satisfação do/a paciente, entre outros. Com o tempo, apesar de terem contribuído significativamente com as investigações de interações dessa natureza, esses modelos acabaram por apresentar limitações, já que não levavam em consideração aspectos importantes, como o contexto em que a interação está inserida, por exemplo (HERITAGE; MAYNARD, 2006).

Perspectivas mais recentes, de caráter microanalítico², com as quais este estudo se alinha, acreditam que encontros interacionais precisam ser analisados em suas particularidades, tais como velocidade e entonação do turno, alongamento de vogais, hesitações, entre muitas outras possibilidades. Outro aspecto importante que levamos em conta é que a consulta é conduzida e co-construída tanto pelo/a profissional quanto pelo/a paciente e, portanto, as ações de ambos/as precisam ser levadas em consideração durante a análise dos dados.

Este capítulo tem por objetivo apresentar estudos conduzidos sobre a comunicação entre profissionais da saúde e pacientes que se valem das ferramentas analíticas da Análise da Conversa (SACKS, 1992; HUTCHBY; WOOFFITT, 1998). Todos os estudos se ancoram em dados empíricos que foram analisados qualitativamente, em consonância com a proposta metodológica da presente pesquisa.

Os pesquisadores Heritage e Maynard (p.13, 2006) destacam três aspectos diferentes em que análises de interações entre médicos/as e pacientes podem se basear:

1. A estrutura global da visita de atendimento básico;
2. As estruturas sequenciais através das quais as atividades e tarefas particulares que as compõem são realizadas;

² Exemplos serão citados ao longo deste capítulo.

3. O formato dos turnos individuais de fala que compõem essas sequências³.

Apesar de haver essa divisão, os próprios autores salientam que todos esses aspectos estão interligados: “o formato do turno é um componente da organização sequencial, as sequências estão compiladas dentro de atividades particulares que, por fim, compõem a visita como um todo”⁴ (HERITAGE; MAYNARD, 2006, p.13-14).

Esta revisão tomará por base estudos realizados sobre a estrutura global da consulta, a fim de promover um maior entendimento do funcionamento desse evento interacional. Apresentaremos, a seguir, aspectos gerais da estrutura global descritos na literatura e suas possíveis partes.

2.1 A ESTRUTURA GLOBAL DA INTERAÇÃO

Algumas das interações das quais fazemos parte podem ter uma estrutura mais ou menos pré-estabelecida, dependendo de diferentes fatores. Quando participamos de um tribunal de júri, por exemplo, mesmo quando isso acontece pela primeira vez, prevemos que os acontecimentos serão coordenados por alguém, provavelmente um juiz ou uma juíza. A nossa experiência como interagentes nos dá subsídios para lidar com situações já conhecidas e nos ajuda quando estamos diante de algum novo contexto interacional.

Drew e Heritage (1992) asseveram que, diferentemente das interações não-institucionais, “as atividades conduzidas em muitos tipos de interações institucionais [...] são frequentemente implementados através de uma forma padrão relacionada à tarefa”⁵ (p.43). Estudiosos/as da fala-em-interação têm interesse em desvendar muitos desses acontecimentos intrínsecos aos mais variados momentos interacionais. Por isso, realizam análises que buscam depreender a ordem em que determinadas ações acontecem durante o evento em questão. Alguns contextos estão mais suscetíveis a pesquisas desse tipo, como as consultas médicas, já que conversas cotidianas “são comparativamente fluidas e livres para variar com as inclinações dos participantes”⁶ (HERITAGE; MAYNARD, 2006, p.14).

³ (1) The overall structure of the primary care visit, (2) the sequence structures through which its particular component activities and tasks are realized, and (3) the designs of the individual turns at talk that make up those sequences.

⁴ turn design is a feature of sequence organization, sequences are compiled into particular activities which, finally, compose the visit as a whole.

⁵ The activities conducted in many kinds of institutional interactions, by contrast, are often implemented through a task-related standard shape.

⁶ are comparatively fluid and free to vary with the inclinations of the participants.

Drew e Heritage (1992) apontam que diferentes participantes, em diferentes momentos, se orientam para uma determinada estrutura global, ainda que algumas das fases dessa estrutura sejam negociadas no momento em que as pessoas estão interagindo. No que diz respeito a consultas médicas, Heritage e Maynard (2006) reiteram que “a visita médica tem uma forma e uma organização estrutural global mais específicas [que conversas comuns], sobre as quais médicos recebem treinamento em uma faculdade de medicina e com as quais os pacientes estão familiarizados devido a repetidas experiências”⁷ (p.14).

Diferentes fases da consulta médica já foram descritas em estudos prévios. White, Levinson e Roter (1994) apontam em seu estudo que ao receber treinamento, médicos são ensinados que há três fases distintas no atendimento básico de saúde: (1) abertura, (2) anamnese, (3) exame físico, (4) educação e (5) fechamento. Antes disso, uma pioneira investigação realizada por Byrne e Long, em 1976, já havia definido seis momentos diferentes em uma consulta: (1) relacionamento com o paciente, (2) descoberta das razões da visita, (3) condução de um exame verbal e/ou físico, (4) considerações sobre a condição do paciente, (5) detalhamento do plano de tratamento ou plano para mais investigações e (6) término da visita.

Um modelo bastante semelhante ao de Byrne e Long (1976) é apresentado por Heritage e Maynard (p. 14, 2006), o qual reproduzimos abaixo:

I Abertura: Médico e paciente estabelecem um relacionamento interacional.

II Apresentação da queixa: O paciente apresenta o problema/razão da visita.

III Exame: O médico realiza um exame verbal ou físico ou ambos.

IV Diagnóstico: O médico avalia o estado clínico do paciente.

V Tratamento: O médico (na consulta com o paciente) detalha o tratamento ou investigações mais detalhadas.

VI Fechamento: A consulta é terminada.⁸

Convém apontar que a estrutura acima não é tomada pelos estudiosos como uma “receita” que deve ser seguida e muito menos representa uma recomendação dada a profissionais da área da saúde. Ela emergiu de diferentes estudos realizados e pode auxiliar no momento de analisar dados dessa natureza.

⁷ the medical visit has a more specific internal shape or overall structural organization, in which physicians are trained in medical school and with which patients are ordinarily familiar as a matter of repeated experience.

⁸ I Opening: Doctor and patient establish and interaccional relationship.

II Presenting Complaint: The patient presents the problem/reason for the visit.

III Examination: The doctor conducts a verbal or physical examination or both.

IV Diagnosis: The doctor evaluates the patient's condition.

V: Treatment: The doctor (in consultation with the patient) details treatment or further investigation.

VI: Closing: The consultation is terminated.

Descreveremos, nas seções seguintes, estudos realizados por diferentes pesquisadores/as que ilustram as diversas possibilidades analíticas pautadas na comunicação médico/a-paciente. Por questões de organização, a apresentação desses estudos será feita seguindo o modelo descrito em Heritage e Maynard (2006), que sugere os seis momentos da consulta descritos anteriormente.

2.1.1 Abertura

Se pensarmos em nossas próprias experiências como pacientes, lembraremos de médicos/as iniciando a consulta de diferentes formas. Alguns podem proferir uma saudação mais informal (como “oi”) enquanto outros podem abrir a possibilidade de o/a paciente ir direto ao motivo da consulta (com perguntas do tipo “o que está acontecendo” ou “qual é o problema”). É possível também que essa abertura varie em consequência da relação estabelecida entre os participantes, ou seja, algumas consultas podem começar como uma conversa entre amigos quando o/a paciente está realizando um tratamento de longo-prazo (casos de doenças crônicas, por exemplo).

De acordo com Robinson (1998), a abertura da consulta médica se dá quando os participantes da interação estão co-presentes (p.102). A seguir, ele aponta que “aberturas contém quatro tarefas regulares: (a) cumprimento, (b) fazer/convidar o/a paciente a sentar-se (c) assegurar a identidade do/a paciente, e (d) determinar a queixa principal do/a paciente”⁹ (ROBINSON, 1998, p.102).

Coupland J., Robinson e Coupland N. (1994) se dedicaram a investigar a abertura de consultas médicas com pacientes idosos “focando em como interagentes colaboram e negociam no trabalho de entrar em um aparente enquadre médico de fala”¹⁰ (p.90-91). Os pesquisadores se debruçaram mais precisamente sobre questões relacionadas à assimetria e ao enquadre. Um dos interesses em estudar a assimetria em consultas médicas, dizem os autores, é o grande número de publicações anteriores afirmando que ela é parte da consulta. Essa afirmação é questionada na análise apresentada no artigo, uma vez que os autores acreditam que a assimetria deve ser estudada interacionalmente e não como uma característica inerente às consultas (p.90).

⁹ After the establishment of copresence, openings contain four regular tasks: (a) greeting, (b) getting the patient to sit down, (c) securing the patient’s identity, and (d) determining the patient’s chief complaint.

¹⁰ focusing on how interactants collaborate in and negotiate the work of entering an apparently medical frame of talk.

No que diz respeito ao enquadre, Coupland J., Robinson e Coupland N. (1994) objetivaram averiguar até que ponto a dicotomia “enquadre médico versus enquadre social” é realmente tão pontual. Eles acreditam que o enquadre social, ou seja, momentos em que os/as participantes estão falando sobre assuntos não diretamente relacionados à queixa de saúde, “pode contribuir com os objetivos ‘médicos’ de (um ou mais) participantes”¹¹ (p.90). Porque os momentos de abertura e fechamento da consulta são mais suscetíveis ao enquadre social, os pesquisadores decidiram investigar o primeiro, mais particularmente o uso da expressão “como vai?”.

As análises demonstraram que o movimento para um enquadre médico, para tratar de queixas de saúde mais especificamente, é geralmente realizado através da primeira pergunta do tipo “como vai?” feita pelo/a médico/a. Ainda assim, o estudo demonstrou, mesmo que a pergunta do tipo “como vai?” facilite a transição para outro enquadre, nem sempre a resposta dada pelo/a paciente se orienta para o enquadre médico. Algumas vezes, os/as pacientes tratam a resposta como parte de uma sequência fática de fala, ou seja, como um cumprimento que faz parte da ordem social, e não detalham questões relacionadas ao problema de saúde (p.111).

Os autores afirmam que o estudo procura “ênfatar os múltiplos significados através dos quais *ambos* participantes rotineiramente mantêm um enquadre fático ou relacional por pelo menos porções de suas falas juntos, e como considerações relacionais afetam a fala médica nos estágios iniciais das consultas”¹² (p.118-119). Uma importante constatação feita na análise apresentada por Coupland J., Robinson e Coupland N. (1994) é a de que muitas vezes são os/as pacientes quem se orientam para o enquadre interacional médico, enquanto que médicos/as persistem no enquadre interacional social. Essa constatação refuta afirmações feitas por estudos anteriores, que definiam papéis bastante distintos e estanques para cada participante (p.119).

2.1.2 Apresentação da Queixa

Em geral, depois que médicos/as e pacientes se saúdam, eles podem ainda falar sobre assuntos gerais que não estão relacionados à saúde do paciente ou eles podem iniciar o passo seguinte, denominado por Heritage e Maynard (2006) de “apresentação da queixa”. Esse

¹¹ may well contribute to the ‘medical’ goals of (one or more) participants.

¹² Emphasize the multiple means by which *both* participants routinely sustain a phatic or relational frame for at least portions of their talk together, and how relational considerations impinge on medical talk in the early stages of the consultations.

momento da consulta normalmente começa com alguma pergunta feita pelo médico que direcione o paciente a falar sobre o motivo da consulta.

Robinson (2006) aponta que estudos prévios, feitos tanto por pesquisadores/as quanto por educadores/as da área da saúde, “aconselhavam médicos/as a usar perguntas abertas. [...] No entanto, isso é uma afirmação muito genérica, e muito pouco é sabido sobre as solicitações dos/as médicos/as sobre a apresentação de queixas dos/as pacientes, propriamente dito”¹³ (p.22-23). Por causa de afirmações como essa e de muitas outras características, esse momento da consulta já foi alvo de diversos estudos (BOYD; HERITAGE, 2006; CLARK; MISHLER, 1992; GILL; MAYNARD, 2006; HALKNOWSKI, 2006; STIVERS; HERITAGE, 2001).

Heritage e Robinson (2006) também se dedicaram ao estudo das perguntas de abertura proferidas por médicos/as que fizeram parte de uma pesquisa realizada em atendimentos básicos de saúde. Eles também ressaltam que o contexto pode influenciar o formato da pergunta e, no caso do estudo que eles apresentam, os/as pacientes eram comumente atendidos/as previamente por enfermeiras/os que obtinham informações que ficavam disponíveis ao/à médico/a no momento da consulta. Por conta dessa configuração, o/a médico/a poderia utilizar a informação conhecida na abertura da consulta.

Um dos objetivos da análise realizada por Heritage e Robinson (2006) era verificar de que maneira o formato da pergunta feita pelo/a médico/a afeta a apresentação do problema/queixa feita pelo/a paciente logo após esse momento. Para tal verificação, os autores, em seu artigo,

desenvolvem uma tipologia das perguntas que os/as médicos/as geralmente usam para iniciar a apresentação do problema, examinam a frequência com que são aplicadas, e consideram os efeitos de diferentes tipos de perguntas no desenrolar da apresentação do problema dos/as pacientes¹⁴ (HERITAGE; ROBINSON, 2006, p.90).

Os pesquisadores relacionam cinco tipos básicos de perguntas em seus dados. O primeiro tipo é chamado de “questionamento geral” e abrange perguntas que abrem a possibilidade de o/a paciente apresentar o problema da maneira que achar mais conveniente.

¹³ advised physicians to use open-ended questions [...]. However, this is a very general dictum, and very little is known about physicians' solicitations of patients' presenting concerns, per se.

¹⁴ develop a typology of the questions physicians ordinarily use to initiate problem presentation, examine the frequency of their deployment, and consider the effects of different question types on the extent of patients' problem presentations.

O/a médico/a parece não ter acesso a nenhuma informação prévia ou decidiu não fazer uso dela. “Como posso te ajudar?” ou “O que te traz aqui?” são perguntas desse tipo.

Heritage e Robinson apontam que o primeiro tipo foi o mais recorrente nos dados que analisaram e que o tipo aceita “qualquer resposta que o paciente quiser dar, desde que ela foque na atividade que se entende que a pergunta inicia: a apresentação do assunto médico”¹⁵ (2006, p.92).

O segundo tipo de pergunta foi denominado “sugestão para confirmação” e consiste em apresentar alguma informação para que o/a paciente confirme ou não em seu próximo turno. Além disso, os autores apontam que esse tipo também torna relevante uma expansão dessa primeira resposta, ou seja, o/a paciente responde “sim/não” e logo a seguir complementa com alguma outra informação relacionada ao assunto. Diferentemente das perguntas do primeiro tipo, essas perguntas demonstram que o/a médico/a tem algum conhecimento sobre o/a paciente. Além disso, elas limitam bastante a maneira como o problema é apresentado pelo/a paciente, já que a pergunta estabelece uma informação específica como tópico da conversa.

Denominado “sintoma[s] para confirmação”, o terceiro tipo é semelhante ao segundo porque também pede que o/a paciente confirme ou não alguma informação que conste na pergunta do/a médico/a. Porém, essa informação, nesse tipo, é especificamente sobre algum sintoma concreto que foi provavelmente obtido nos registros feitos pelo/a enfermeiro/a anteriormente. Segundo os autores, as perguntas do terceiro tipo são mais restritas que as do segundo e “podem também levar à redução ou, [...], à anulação completa da fase de apresentação do problema na consulta médica”¹⁶ (HERITAGE; ROBINSON, 2006, p.96). Eles também verificaram que os/as médicos/as não se orientavam muito para nenhum dos dois últimos tipos de perguntas apresentados acima, representando um pequeno percentual de ocorrências.

O quarto tipo é chamado de perguntas “como vai você?” e elas são “formatadas para solicitar avaliações gerais ao invés de apresentações do problema como objeto de resposta imediata”¹⁷ (HERITAGE; ROBINSON, 2006, p.96). Os pesquisadores apontam que esses tipos de perguntas podem ter interpretações diferentes por parte do/a paciente dependendo do momento em que são feitas. Se elas são feitas durante o momento em que a consulta está

¹⁵ any response that patients care to make, provided that it is focused on the activity that the question is understood to initiate: the presentation of medical business.

¹⁶ can also lead to the curtailment of or, [...], the complete abrogation of the problem presentation phase of the medical visit.

¹⁷ formatted to solicit general evaluations rather than problem presentations as the immediate object of response.

iniciando (abertura), o/a paciente pode interpretá-la como um simples cumprimento. Inversamente, quando elas são feitas depois desse momento, muitos/as entendem que devem falar sobre assuntos relacionados à consulta.

Uma característica desse tipo de pergunta, relatam os autores, é o fato de ela ser potencialmente ambígua. Perguntas desse tipo são usadas como um cumprimento em conversas do dia-a-dia e os interagentes geralmente entendem que não se deve apresentar um problema ao serem cumprimentados, ou pelo menos resistem em fazê-lo. Contudo, ao serem utilizadas nesse momento da consulta, elas pedem que o problema seja apresentado.

O quinto e último tipo de pergunta descrito pelos autores é chamado de “obter o histórico”. Essas perguntas direcionam o/a paciente a falar sobre como ele/a vem se sentindo ao invés de pedir que o/a paciente apresente o problema em si.

Em um dos aspectos de sua análise, Heritage e Robinson observaram que a quantidade de fala produzida pelos/as pacientes varia de acordo com o tipo de pergunta feita pelo/a médico/a. Após uma pergunta do primeiro tipo, a duração do turno do/a paciente era significativamente maior comparado aos segundo e terceiro tipos¹⁸ e, além de serem mais longas, as respostas continham mais sintomas.

O outro lado da apresentação de uma queixa foi estudado por Virginia Gill (1998), que olhou para o modo como pacientes faziam atribuições quando explicavam seus problemas de saúde. Apesar de a pesquisadora não mencionar em seu estudo que as atribuições são parte da fase de apresentação da queixa, entendemos que esse é um dos momentos mais propícios para que isso aconteça.

Ela verificou que pacientes geralmente procuram oferecer explicações sobre a sua doença para o/a médico/a, mas que, ao fazer isso, podem minimizar em diferentes níveis a importância de seu conhecimento. A pesquisadora também descreve uma relação entre o/a paciente expressar mais ou menos certeza na sua explicação e uma maior ou menor pressão por uma resposta do/a médico/a para a atribuição. Com isso, Gill (1998) aponta que a sua “análise, dessa forma, destaca como as explicações dos/as pacientes e as respostas dos/as médicos/as contribuem para a produção social da assimetria em cenários médicos”¹⁹ (p.343).

Gill (1998) se refere a três diferentes tipos de estratégias usadas pelos/as pacientes para fazer as atribuições. Na primeira delas, chamada de “especulativa” pela autora, o/a paciente faz uma atribuição de forma incerta, como se estivesse conjeturando em voz alta.

¹⁸ Os autores excluíram os dois últimos tipos porque eles não estavam diretamente relacionados à apresentação do problema.

¹⁹ My analyses thus highlight how patients' explanations and doctors' responses contribute to the social production of asymmetry in medical settings.

Essa estratégia, segundo Gill (1998), não exerce nenhuma pressão por uma resposta do/a médico/a, que pode até, muitas vezes, agir como se estivesse ouvindo aquilo por acaso.

A segunda estratégia descrita por Gill (1998) acontece quando pacientes expressam certeza e confiança sobre suas explicações, sendo menos comum que a primeira em seus dados. Quando pacientes usam essa estratégia, também chamada de “não-mitigada” pela pesquisadora, eles/as colocam pressão mínima para obter alguma resposta do/a médico/a. Gill (1998) aponta que “[p]acientes aparentemente usam explicações não-mitigadas a serviço de outras atividades como distinguir entre um sintoma crônico e um novo sintoma”²⁰ (p.353)

Segundo Gill (1998), na maioria das vezes, os/as pacientes não interrompem o andamento da consulta para pedir que o/a médico aprecie a sua explicação. Entretanto, a terceira estratégia, quase uma exceção em seus dados, revela que alguns/mas pacientes proferem uma explicação em forma de pergunta, tornando relevante uma resposta por parte do/a médico/a. Além disso, essas explicações são feitas de forma que os/as pacientes não se comprometam muito com elas, atribuindo-as uma terceira parte.

Através de suas análises, Gill (1998) aponta que o saber dos/as pacientes está geralmente limitado a conhecimento empírico no âmbito da consulta médica. Quando oferecem alguma explicação, ela é uma tentativa. A pesquisadora aponta que uma das contribuições de seu estudo é o fato de “mostrar como as sequências explicação-resposta *constituem* a ordem social, e, dessa forma, fornecem uma perspectiva bem diferente do que a de costume: A psicologia social tradicionalmente foca em como os aspectos sociais moldam o conteúdo das explicações”²¹ (p.357).

2.1.3 Exame

Depois que os participantes conversam sobre os sintomas, cabe geralmente ao/a médico/a decidir se é necessário realizar um exame físico no/a paciente dentro do consultório. Esse passo da consulta varia significativamente dependendo da parte do corpo que vai ser examinada. Se compararmos um exame ginecológico com um exame do tornozelo, por exemplo, podemos ter uma dimensão da diferente complexidade que permeia esse momento.

²⁰ Patients apparently use unmitigated explanations in the service of other activities such as distinguishing between new and chronic symptoms.

²¹ Shows how explanation-response sequences *constitute* social order, and thus provides a rather different perspective than is customary: Social psychology traditionally has focused on how aspects of social order shape the content of explanations.

Heath (2006) também aponta que, nesse momento da consulta, o/a paciente passa do estado de “sujeito ativo para objeto de inspeção e investigação; um objeto que é manipulado de acordo com as demandas dos momentos da prática e do procedimento clínico”²² (p.187). Essa característica traz implicações para o desenvolvimento da interação se avaliarmos que o objeto de investigação também precisa se fazer um sujeito ativo enquanto é examinado.

Uma pesquisa realizada precisamente sobre essa questão, conduzida por Heritage e Stivers (1999), discorre sobre o fenômeno conhecido como *online commentary*, ou seja, comentários realizados por parte do/a médico/a que descrevem ou avaliam o que ele/a está encontrando durante o exame físico (p.1502).

Dentre as características descritas, os autores destacam que os/as médicos/as frequentemente reportam quando não há sinais de problemas ou quando esses sinais são brandos, i.e., quando não estão ligados a complicações mais sérias de saúde. Além disso, é muito comum que os/as médicos/as façam comentários positivos sobre as condições do/a paciente, “tipicamente confirmando e, portanto, assegurando aos/às pacientes que eles/as estão bem”²³ (HERITAGE; STIVERS, 1999, p.1504).

No artigo, os autores propõe que o

online commentary pode ter esse efeito no contexto dos diagnósticos ‘sem problemas’: prever a ‘má notícia’ de que o/a paciente não tem uma queixa médica significativa, ou tem sinais que são, no máximo, brandos, ou que não pode ser eficientemente tratada com medicação prescrita²⁴ (HERITAGE; STIVERS, 1999, p.1507).

Por outro lado, eles sugerem, o fenômeno também aponta esses sinais brandos, o que corrobora a decisão do/a paciente em buscar o atendimento médico. “Dessa forma, *online commentary* pode moldar as expectativas do/a paciente sobre a probabilidade e legitimidade de uma avaliação ‘sem problemas’ e pode prevenir a emergência de conflitos durante a avaliação do diagnóstico final”²⁵ (HERITAGE; STIVERS, 1999, p.1507).

As análises descritas no estudo de Heritage e Stivers (1999) apontam que o uso de *online commentary* pode servir a propósitos que vão além de dar segurança ao/à paciente. Um grande número de pacientes, ao procurar atendimento médico, vê na prescrição de

²² active subject into an object of inspection and investigation; an object which is manipulated with regard to the moment-by-moment demands of clinical practice and procedure.

²³ typically confirms and thus reassures patients that they are well.

²⁴ online commentary can have this effect in the context of ‘no problem’ diagnoses: forecasting the ‘bad news’ that the patient does not have a significant medical complaint, or has signs that are mild at worst, or cannot be efficaciously treated with prescription medication.

²⁵ In this way, online commentary can shape patient expectations towards the likelihood and legitimacy of a ‘no problem’ evaluation, and may preempt the emergence of conflicts during the final diagnostic evaluation.

medicamentos a validação da consulta, ou seja, a legitimação de ter buscado o atendimento e de ter seu problema resolvido. No entanto, médicos/as entendem que muitos casos não apresentam sinais significantes que podem justificar uma doença para ser tratada. Com isso, cria-se uma espécie de conflito que, segundo os autores, pode ser minimizado através do uso de *online commentary* quando aponta que os sinais são brandos ou insignificantes (p.1516).

2.1.4 Diagnóstico

Logo após o exame, um diagnóstico ou um possível diagnóstico será elaborado pelo/a médico/a. Maynard (2006) lembra que há uma considerável quantidade de estudos interacionais debruçados sobre esse momento da consulta (FRANKEL, 2001; LEPPÄNEN, 1998; MAYNARD, 1989; 2003; PERAKYLA, 1989; SILVERMAN, 1997; STIVERS, 1998), sendo que a maioria foca em como o/a médico/a apresenta o diagnóstico ao/à paciente.

O grande número de estudos centrados sobre o momento em que o diagnóstico²⁶ é feito está possivelmente relacionado ao fato de que envolve dar uma notícia e, seja ela boa ou má, é sempre uma ocasião delicada para os/as participantes. Heath (1992) assevera que esse é um momento central dentro da consulta, pois “marca o término dos questionamentos práticos do/a profissional sobre as queixas do/a paciente e forma a base do gerenciamento das dificuldades”²⁷ (p.238). O autor também aponta que o diagnóstico pode acontecer em uma primeira consulta com o/a médico ou quando o/a paciente retorna para consultar com uma determinada condição.

O formato do turno do diagnóstico, no momento em que o/a médico/a o faz, é analisado tanto por Heath (1992) quanto por Maynard (2004). No entanto, o primeiro procura investigar se as relações de assimetria, apontadas exaustivamente em estudos anteriores, estão presentes também nesse momento da consulta. Já Maynard (2004), descreve duas maneiras diferentes de abordar o diagnóstico e suas implicações no que diz respeito à autoridade médica e à intersubjetividade.

O formato do turno do diagnóstico pode variar e, como consequência, a resposta do/a paciente. Heath (1992) descreve o diagnóstico posto como um questionamento, que convida o/a paciente a responder à avaliação médica. Nos casos demonstrados no artigo, o/a paciente é encorajado/a a participar quando é preciso assegurar a aceitação do diagnóstico, já que os

²⁶ Por questões de espaço, revisaremos somente dois.

²⁷ It marks the completion of the practitioner's practical inquiries into the patient's complaint and forms the foundation to the management of the difficulties.

sintomas estão ligados a condições diferentes do que o/a paciente acredita. Outro formato descrito pelo pesquisador é o/a médico/a demonstrar “certa indefinição no resumo da causa da condição”²⁸ (p.247), o que pode encorajar o/a paciente a elaborar uma resposta, ainda que tal resposta não desafie o que foi posto pelo/a médico/a.

Com um viés um pouco diferente, Maynard (2004) verificou que médicos/as podem “declarar a condição como um atributo” da pessoa ou “citar a evidência referindo a testes e resultados”. Na primeira forma, o pesquisador explica, a frase tem o formato “a pessoa + ser/ter + uma condição” (p.56), enquanto que a segunda forma de abordar o diagnóstico pode variar bastante, contendo sempre resultados de testes, avaliações, exames, etc. Maynard (2004) também descreve que esses formatos aparecem sozinhos ou combinados e podem ser proferidos de maneira direta e até presunçosa.

Sequencialmente, existe a possibilidade de o/a paciente tomar o turno para fazer algum comentário sobre o diagnóstico. No entanto, Heath (1992) demonstra que há casos em que pacientes não respondem imediatamente ao diagnóstico do/a médico/a, mesmo quando a oportunidade para que eles/as falem é oferecida (com pausas, por exemplo). Em outros casos, pacientes respondem com partículas mínimas de fala (como “sim” ou “ãh”) com entonação decrescente, abrindo espaço para que o/a médico/a dê continuidade à interação da forma que achar conveniente. Em muitos casos, responder de uma das duas formas “leva o/a médico/a a passar diretamente do diagnóstico da condição para o seu gerenciamento”²⁹ (HEATH, 1992, p.241).

A passividade de alguns/algumas pacientes durante essa fase da consulta, Heath (1992) argumenta, “não parece estar diretamente ligada ao conteúdo informativo do diagnóstico, sua relativa seriedade ou peculiaridade, nem a duração da/das elocução/elocuições através da/das qual/quais ele é fornecido”³⁰ (p.245). O autor demonstra que em outros ambientes em que um especialista interage com um leigo, a ausência de resposta por parte do leigo também acontece com frequência. Portanto, Heath conclui que esse padrão pode estar ligado à relação assimétrica que se estabelece durante esses tipos de interações (1992, p.246).

Heath (1992) também descreve casos em que pacientes produzem fala após o diagnóstico para reforçar a gravidade dos sintomas que sentem, procurando fazer com que o/a médico/a reconsidere sua opinião sobre a condição e também sobre o tratamento. Fala também é produzida pelos/as pacientes para justificar sua ida ao consultório quando o/a

²⁸ a certain tentativeness of the summary of the condition.

²⁹ leads to the doctor moving directly from the diagnosis of the condition to its management.

³⁰ does not seem to be directly related to the substance of the diagnostic information, its relative seriousness or peculiarity, not the length of the utterance(s) through which it is provided.

médico/a não encontra evidências de doença. Mesmo assim, aponta Heath, discordâncias ou discussões com o/a médico/a são muito raras (p.258).

As conclusões de Heath (1992) são corroboradas pela constatação de Maynard (2004) de que há poucos casos em que os/as pacientes desafiam o diagnóstico médico. Isso porque, ele explica, as asserções diretas para anunciar o diagnóstico são raramente usadas pelos/as médicos/as e são elas que são mais vulneráveis ao desafio, já que são “calcadas em evidências não mencionadas ou ainda não disponíveis”³¹ (p.70). Apresentar evidências primeiro ajuda médicos/as a “atingir intersubjetividade no problema e prover uma base para os pronunciamentos de autoridade”³² (p.70).

Já as análises apresentadas por Heath (1992) indicam que a distribuição assimétrica do conhecimento traz implicações para o momento em que o diagnóstico precisa ser elaborado. Entretanto, ele discorda de estudos anteriores que apontam que médicos/as devem ser treinados para melhorar suas habilidades e diminuir a assimetria da relação. Como demonstrado por seu estudo, a assimetria é co-construída pelos participantes da interação, ou seja, tanto médicos/as quanto pacientes se orientam para essa relação.

2.1.5 Tratamento

Assim que o tópico do diagnóstico se esgota, os interagentes partem para a discussão do tratamento do problema detectado. O/A médico/a geralmente fará uma recomendação de tratamento, que poderá ser aceita ou não pelo/a paciente. Nesse momento da interação, o/a médico/a poderá escrever uma prescrição do medicamento e/ou uma orientação a ser seguida pelo/a paciente. Essas prescrições são mais comumente escritas à mão pelo/a profissional, mas há locais em que ela é feita através de um computador, como descreve uma análise realizada por David Greatbatch (2006). O estudo de Greatbatch (2006) examina como médicos/as se comunicam com o/a paciente ao mesmo tempo em que usam o computador para prescrever. Ele explica que

[a]o falar e digitar ao mesmo tempo, médicos/as podem reduzir a duração de suas consultas e quebrar o que seria, de outra forma, longos silêncios enquanto eles/as preparam as prescrições. Entretanto, eles correm o risco de que suas interações com

³¹ relying on unstated or as yet unavailable evidence

³² such practices help in achieving intersubjectivity in the matter and in providing a basis for a clinician's authoritative pronouncements.

os/as pacientes possam perturbar, ou serem perturbadas por, suas atividades no computador³³ (p.315).

A coleta de dados para suas análises foi feita através de gravações de vídeo, com a câmera posicionada de forma que se pudesse ver o monitor do computador. Por isso, o pesquisador conseguiu averiguar que atividade era conduzida no computador enquanto o/a médico/a falava com seu/sua paciente. Ele verificou que, algumas vezes, o/a profissional fala sobre o campo que precisa ser preenchido no seu computador, ou seja, recomenda a dosagem do medicamento quando o computador pede que essa informação seja fornecida. Além de se orientar para os campos a serem preenchidos no computador, médicos/as também se orientam para o olhar do/a paciente para tecer algum comentário (GREATBATCH, 2006, p.321/322). O autor entende que dessa forma o problema citado acima, de que a ação de falar pode atrapalhar a ação de digitar e vice-versa, pode ser minimizado, já que as ações são coordenadas (p.323).

Em outros casos demonstrados por Greatbatch (2006), os/as médicos/as conversam com o/a paciente sobre algo diferente do que tem que ser preenchido no computador. Nesses momentos, ele detectou que a fala do/a médico/a é produzida de acordo com as demandas do computador, i.e., quando é preciso esperar que a máquina realize buscas de informações.

Ao comparar a prescrição realizada através do computador e a outra feita à mão, Greatbatch (2006) concluiu que “o computador parece minar a habilidade do/a médico/a de fazer prescrições de modo que eles/as possam simultaneamente demonstrar sensibilidade para com as demandas da interação com o/a paciente”³⁴ (p.337). Greatbatch entende que as competências envolvidas em fazer uso da máquina e em interagir com o/a paciente são inseparáveis. Por isso, ele acredita que o sistema informatizado foi desenvolvido para documentar e obter dados sem levar em conta que o/a médico/a estaria fazendo parte de uma interação (p.339).

Sob uma outra perspectiva, a pesquisadora Tanya Stivers também se dedicou ao estudo do momento em que médicos/as e pacientes lidam com o tratamento, principalmente entre pediatras e pais/mães negociando sobre antibióticos como tratamento para doenças respiratórias de seus/suas filhos/as.

³³ By speaking and typing at the same time, doctors can reduce the length of their consultations and break up what would otherwise be lengthy silences as they prepare prescriptions. However, they run the risk that their interactions with patients could disrupt, or be disrupted by, their computer-related activities.

³⁴ The computer appears to undermine the doctor's ability to produce prescriptions in ways which they can simultaneously display sensitivity to the ongoing demands of the interaction with the patient.

Em um desses estudos, Stivers (2005) aponta uma importante constatação feita através das análises que reflete significativamente a conduta dos/as médicos/as na consulta. Em alguns casos, os/as médicos/as estudados/as percebem que os/as pais/mães exercem alguma pressão para obter uma prescrição de antibiótico para o tratamento de uma infecção causada por um vírus. Estudos anteriores, reportados nesse mesmo artigo da pesquisadora, apontam que a prescrição de antibióticos para infecções virais é comum (e.g., FINKELSTEIN *et al*, 2000; GONZALES; STEINER; SANDE, 1997; MAINOUS; HUESTON; CLARK, 1996; PENNIE, 1998). No entanto, esses estudos também revelam que essa prática não é eficaz e acaba gerando uma maior resistência a diversas classes de bactérias que infectam tanto crianças quanto adultos.

Baseada nessa preocupação apontada pelos estudos anteriores citados acima, Stivers (2005) analisou de que forma o/a médico/a conduzia a recomendação a determinado tratamento e se os/as pacientes ofereciam resistência ou não. A pesquisadora constatou que as recomendações eram feitas de duas formas: recomendações *a favor de* um determinado tratamento e recomendações *contra* um determinado tratamento. Uma recomendação a favor seria indicar uma determinada conduta a seguir, como repousar e ingerir líquidos, e uma recomendação contra, valendo-se de exemplos retirados das análises de Stivers, seria dizer que o uso de antibióticos não é adequado.

Stivers (2005) observou que os/as pais/mães respondem diferentemente às duas formas de recomendação. Ela concluiu que “a resistência dos/das pais/mães é mais comum após a recomendação *contra* um tratamento em particular”³⁵ (p.954) [minha ênfase], sugerindo que seria melhor indicar algo a ser feito primeiramente. A autora também assinala que é importante indicar alguma ação para o/a paciente, ou seja, as pessoas, em geral, vão até o consultório na ansiedade de resolver o seu problema e querem fazer alguma coisa quanto a isso. Indicar o que *não* deve ser feito deixa o/a paciente sem um “próximo passo”, como diz Stivers (2005), fazendo com que ele/a fique resistente a uma indicação negativa e insista na recomendação do que fazer.

Um estudo anterior (STIVERS, 2004) conduzido pela pesquisadora trata da participação que pacientes podem ter nas decisões acerca de seu tratamento através de pequenos, mas significativos, movimentos interacionais. Ela descreve o modo como pacientes respondem às recomendações de tratamento e como essa resposta (ou falta dela) faz com que ele/a tome parte do processo decisório sobre o tratamento. Stivers (2004) expõe dois tipos de

³⁵ parent resistance is more common following recommendations against particular treatment.

resistência: a resistência passiva, que está relacionada a uma resposta dada logo após a recomendação; e a resistência ativa, caracterizada por tornar relevante uma próxima ação por parte do/a profissional, ou seja, ela “força” o/a médico/a a sugerir um outro tratamento, a fazer concessões, ou a tomar alguma outra atitude.

Nesse estudo, a pesquisadora demonstra que o momento de recomendações sobre o tratamento é fruto de uma constante negociação, que muitas vezes fica implícita na relação médico/a-paciente. Stivers (2004) também alerta para o fato de que muitas pesquisas defendem a importância da participação do/a paciente na tomada de decisões, mas não definem claramente que espécie de participação deve ser encorajada. Uma de suas conclusões sugere que algumas participações “podem envolver pressão por resultados que são perigosos ou para eles/as mesmos/as³⁶ ou para a sociedade”³⁷ (p.225), como acontece quando o/a médico faz concessões ou prescreve por pressão.

2.1.6 Fechamento

Apesar de parecer simples, encerrar uma consulta médica envolve diferentes dinâmicas e preocupações por parte dos/as interagentes. Robinson (2001), por exemplo, aponta que “médicos/as e pacientes não podem terminar encontros de modo apropriado simplesmente parando de falar ou saindo do consultório”³⁸ (p.641), uma vez que, do ponto de vista interacional, isso infringiria regras da tomada de turnos (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974). Robinson (2001) complementa que “[p]ara terminar encontros apropriadamente, médicos/as e pacientes devem trabalhar colaborativamente para suspender a relevância da transição da possível completude de um turno de modo que parar de falar ou sair seja entendido como a finalização do encontro”³⁹ (p.641). Por isso, esse trabalho colaborativo já foi alvo de análise de diferentes pesquisas (BUTTON, 1987; HEATH, 1986; WHITE *et al*, 1997; 1994).

Candace West (2006) também é uma das pesquisadoras que se dedicou ao estudo do momento em que a consulta acaba. Ela investigou interações em atendimentos básicos de saúde e examinou como o fechamento era organizado entre os participantes da interação.

³⁶ Os/as próprios pacientes.

³⁷ may involve pressure for outcomes that are either dangerous to themselves or to the larger society.

³⁸ physicians and patients cannot appropriately end encounters simply by stopping talking or walking out of the office.

³⁹ In order to appropriately end encounters, physicians and patients must collaboratively work to suspend the transition relevance of possible turn completion such that stopping talking or leaving is understood as ending the encounter.

Assim como alguns estudos anteriores mencionados pela autora (HEATH, 1986; WHITE *et al*, 1994), ela verificou que são os/as médicos/as quem iniciam o fechamento da consulta e que os/as pacientes raramente trazem uma nova queixa quando a consulta está terminando. Um importante achado desse estudo de West (2006) está relacionado ao modo como os/as médicos/as realizam o fechamento. Ela constatou que muitos/as profissionais iniciavam o fechamento ao propor um acordo ou uma combinação de uma ação futura, mesmo que esse acordo ou combinação já tivesse sido tratado anteriormente durante a consulta.

Robinson (2001), que investigou a relação entre o fechamento da consulta e o fato de pacientes muitas vezes não conseguirem expressar todas as suas preocupações, descreve a mesma estratégia interacional. No artigo, ele apresenta duas práticas usadas por médicos/as e pacientes “para negociar o encerramento dos assuntos dos encontros e a transição para a fase de fechamento dos encontros”⁴⁰ (ROBINSON, 2001, p.639). Uma delas é a citada acima, em que médicos/as lembram combinações de ações futuras, e a outra é quando os/as profissionais questionam se o/a paciente tem alguma pergunta ou quer acrescentar algo. Embora essa oportunidade seja oferecida para pacientes, Robinson (2001) revela que médicos/as geralmente formatam o turno de forma que a resposta preferida seja “não”.

West (2006) apresenta algumas possíveis explicações para o uso dessa estratégia para terminar a consulta. Na primeira, ela acredita que os/as médicos/as usam algo que já foi combinado para “‘terminar o interminável’: pacientes que porventura estejam contrários ao fim da consulta ainda assim confirmarão as combinações com as quais eles concordaram anteriormente e, nesse processo, aceitarão a proposta de fechamento do/a médico/a”⁴¹ (WEST, 2006, p.410).

A segunda possível explicação apresentada pela pesquisadora se baseia na noção de relacionamento que Button chamou de “*standing*”. De acordo com West (2006), os/as interagentes apontam a importância do relacionamento estabelecido quando usam as combinações nos fechamentos e, portanto, “produzem a continuidade do cuidado no seu primeiro relacionamento de atendimento básico”⁴² (WEST, 2006, p.411).

Robinson (2001) não conjectura sobre a motivação do uso da estratégia, apenas acrescenta que pacientes se valem desse momento para apresentar novas preocupações de saúde, que geralmente não estão envolvidas com o problema sendo discutido durante a consulta. Entretanto, o pesquisador aponta que esse é um momento delicado para iniciar um

⁴⁰ to negotiate the closure of the business of encounters and the transition into the closing phase of encounters.

⁴¹ ‘terminating the interminable’: patients who may be loath to end their visits will nonetheless confirm the arrangements they previously agreed to and, in the process, accept doctor’s proposals to close.

⁴² produce a continuity of care in their primary care relationships.

novo tópico, já que os/as participantes da interação estão em uma transição para o fechamento. Os/As pacientes demonstram ter consciência disso, elaborando pré-sequências de perguntas (e.g., “posso te fazer uma pergunta”) e usando marcadores discursivos que refletem a delicadeza do momento.

Ao final do seu artigo, West (2006) discorre sobre as implicações que as mudanças no sistema de saúde público no qual seu estudo está inserido poderiam ter sobre o modo como o fechamento é conduzido. Ela entende que o sistema prima pela “continuidade do cuidado” por ainda estar calcado em diretrizes que apontam para esse caminho. Contudo, a pesquisadora sugere que caso o sistema mude e indique que a “continuidade do cuidado” não precise mais ser uma preocupação, alguma outra configuração de fechamento poderá surgir (p.415).

Já Robinson (2001) traz a preocupação de pacientes não terem todas as suas queixas contempladas, uma vez que a consulta não oferece um momento formal para que isso aconteça. Somente no final da consulta e quando o/a médico/a questiona se há alguma outra questão a ser tratada é que existe a possibilidade de fazê-lo. Ainda assim, como Robinson (2001) verificou, a pergunta feita pelo/a médico/a é feita de forma a desencorajar qualquer movimento de nova topicalização por parte do/a paciente.

Como este capítulo procurou demonstrar, há uma variedade de possibilidades analíticas quando o foco é a comunicação médico/a-paciente. Além dos estudos apresentados nessa revisão, há outros que abordam questões de escopo mais macroanalítico, como gênero e identidade (SELL; OSTERMANN, 2009; WEST, 1998), o papel da risada na interação médico/a-paciente (HAAKANA, 2001; 2002), a organização da conversa quando o tópico é delicado (SILVERMAN; PERÄKYLÄ, 1990; WEIJTS; HOUTKOOP; MULLEN, 1993), apenas para citar alguns.

As análises que serão apresentadas neste estudo se assemelham mais às pesquisas apresentadas neste capítulo, que lidam com questões de cunho microanalítico e apresentam fenômenos interacionais que emergem durante as consultas. Como pretendemos apontar, esses tipos de análises se prestam para descrever minuciosamente os mecanismos interacionais que fazem parte do evento consulta médica e, por conseguinte, compreender melhor a sua organização.

No caso deste estudo, especificamente, queremos descrever os fenômenos interacionais que emergiram durante as consultas médicas de pacientes com diabetes. O capítulo seguinte apresenta as características do *Diabetes Mellitus* e alguns dados referentes à aderência ao tratamento.

3 DIABETES MELLITUS

A OMS reporta, em sua página oficial na *Internet* (WHO, 2009), que o número estimado de pessoas no mundo com diabetes é de 180 milhões. Além disso, a organização alerta que esse número pode mais do que dobrar até 2030. No Brasil, segundo estimativa apresentada no portal da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), o número de pessoas portadoras de diabetes pode chegar a 10.940.000, representando 5,9% da população total (NETTO, 2008).

O diabetes é uma doença relacionada, primeiramente, à insuficiência de produção de insulina pelo pâncreas ou então ao fato de o corpo não fazer uso eficaz dela (WHO, 2009). A partir disso, uma série de outros fatores se agregam. A complexidade da doença fica clara no conceito do Ministério da Saúde:

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, p.9, 2006).

Além disso, três tipos de diabetes estão catalogados, os quais eu sintetizo aqui de acordo com o portal da OMS:

- Diabetes tipo 1 (anteriormente conhecido como insulino-dependente ou diabetes juvenil) é caracterizado pela falta de produção de insulina. Sem a administração diária de insulina, o diabetes tipo 1 pode ser rapidamente fatal;
- Diabetes tipo 2 (antigamente chamando de não-insulino-dependente ou diabetes adulta) resulta da ineficácia do corpo em usar a insulina. O diabetes tipo 2 engloba 90% das pessoas com diabetes no mundo, e é majoritariamente o resultado de excesso de peso corporal e sedentarismo;
- Diabetes gestacional é a hiperglicemia que é primeiramente detectada durante a gravidez.

Há uma grande preocupação, apresentada tanto na página da OMS quanto no documento do Ministério da Saúde, relacionada ao custo que doenças crônicas como o diabetes acarretam para os indivíduos, as famílias, os cofres públicos e os países. A palavra

“custo” abrange muito mais do que pode parecer à primeira vista. Segundo a coordenadora do Departamento de Farmacoeconomia da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), Dra. Luciana Bahia,

[o]s custos de uma doença podem ser divididos em: custos diretos, indiretos e intangíveis. Os custos diretos são aqueles diretamente resultantes das intervenções e são divididos em médicos e não-médicos. [...] Entre os médicos estão: as diárias hospitalares, os exames complementares, os medicamentos, as próteses e órteses, honorários médicos. Entre os não-médicos destacam-se: o transporte do paciente ao hospital, os honorários de contratação de um “cuidador” temporário para o período de convalescença do paciente. Os custos indiretos, também chamados de custos sociais, resultam da perda de produtividade em função da doença, incapacidade ou morte prematura. [...] Os custos intangíveis são de difícil mensuração e incluem, entre outros, o custo da sobrecarga psicológica do paciente e o custo do prejuízo de sua qualidade de vida e bem estar (BAHIA, 2009).

A título de exemplo, a “OMS estima que nos próximos 10 anos (2006-2015), a China perderá \$ 558 bilhões em renda nacional prevista em orçamento devido a doenças coronárias, derrame e diabetes sozinhos” (WHO, 2009). No Brasil, segundo Bahia (2009), há uma carência de estudos sobre os custos do diabetes. Ela cita um estudo feito em conjunto com outros países latino-americanos. No entanto, a própria pesquisadora julga o documento ineficiente, já que “estimou os custos diretos e indiretos do diabetes em diversos países utilizando uma estimativa conservadora e generalizando dados de um país para outros”.

O certo é que esses custos provêm também do grande número de complicações que o diabetes pode acarretar. Tais complicações são mais detalhadamente discutidas no Portal Diabetes (2009), as quais estão reproduzidas abaixo:

- a) neuropatia diabética, uma doença nos nervos que causa adormecimento e às vezes dor nas mãos, pés, ou pernas. Os danos nos nervos causados pelo diabetes também podem conduzir a problemas com órgãos internos, tais como o trato digestivo, coração, e órgãos sexuais, causando indigestão, diarreia ou constipação, vertigem, infecções na bexiga, e impotência;
- b) nefropatia diabética, uma doença que afeta os rins;
- c) retinopatia diabética, complicação devido à glicose elevada e pressão arterial alta no portador de diabetes;
- d) disfunção sexual, que pode ser causada tanto por fatores físicos quanto psicológicos.

Além das apontadas acima, o Portal Diabetes alerta que “a doença é uma das principais responsáveis por cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores”.

O diagnóstico precoce do diabetes permite que o paciente faça o controle adequado da taxa de glicemia no sangue. Esse controle é diferente em cada paciente, dependendo principalmente do tipo de diabetes, e pode exigir mudanças profundas no estilo de vida da pessoa diagnosticada. Para o diabetes tipo 1, a recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.20) é de que a pessoa seja acompanhada por um endocrinologista especializado, visto que é um tipo mais complexo e que apresenta maiores riscos. Já com relação ao diabetes tipo 2, a instituição apresenta um plano terapêutico, indicando “metas de controle glicêmico, metabólico e cardiovascular, e a periodicidade de monitoramento” (p.20). Além disso, o documento orienta detalhadamente que tipos de ações devem ser indicadas aos pacientes quanto às mudanças no estilo de vida em relação à alimentação e a atividades físicas. Por fim, há orientações sobre o tratamento farmacológico no diabetes tipo 2, que pode ser feito através de antidiabéticos orais, indicado para a maioria dos pacientes com esse tipo de diabetes, já que o pâncreas ainda pode estar funcionando. Em casos mais graves, a aplicação de injeções de insulina pode ser mais recomendável.

As orientações apresentadas acima deixam claro que esses dois tipos de diabetes demandam diferentes atitudes por parte de seus pacientes. O diabetes tipo 1 (DM1) é o que os especialistas chamam de doença “auto-imune”, i.e., o organismo identifica as células beta, produtoras de insulina, como corpos estranhos e acaba destruindo-as. Como consequência, chega um momento em que não há mais produção de insulina e os sintomas da doença surgem, geralmente, na infância ou na adolescência. O portal da Sociedade Brasileira de Diabetes aponta que não é possível explicar porque determinadas pessoas desenvolvem o DM1. Ele aponta que há casos em que as pessoas nascem com o gene e desenvolvem a doença, mas há também pessoas portadoras do gene que acabam nunca tendo diabetes. Perdas emocionais⁴³ ou algum contato com outro vírus podem também ser fatores que ocasionam o desenvolvimento da doença.

Por causa dessas características, o DM1 é uma doença mais complexa e deixa os pacientes sem muito “controle” sobre o modo como ela pode agir no organismo. Já o Diabetes tipo 2 (DM2), o mesmo portal ensina, possui mais características hereditárias, além da sua relação direta com obesidade e sedentarismo. Ao contrário do DM1, o DM2 tem maior incidência em pessoas com mais de 40 anos. Outra diferença crucial distingue os pacientes

⁴³ A fonte não exemplifica o tipo de perda emocional, mas acreditamos que possa ser qualquer tipo de *stress* ou trauma sofrido pela pessoa.

dos dois tipos: quando a pessoa desenvolve DM2, o pâncreas continua produzindo insulina, mas o organismo não consegue metabolizar insulina suficiente para a corrente sanguínea. Por isso, há pacientes que conseguem controlar o problema ao seguir uma dieta rigorosa e fazer exercícios físicos regularmente, o que não acontece com pacientes com DM1.

No presente estudo, todos os participantes tinham o diagnóstico de diabetes tipo 2. Portanto, as análises puderam focar em questionamentos acerca da forma como o médico e os pacientes lidam com as questões do autogerenciamento, principalmente quando os exames trazidos pelos pacientes “denunciavam” algum tipo de descuido quanto à dieta.

Essa questão do controle está ligada a outro fator amplamente discutido em estudos sobre o diabetes: a aderência ao tratamento. Quando o paciente não segue as recomendações médicas de forma adequada, ou seja, não adere ao tratamento indicado, esse controle pode ser ameaçado. A questão da aderência motivou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a lançar um projeto em 2001, que deu origem a um documento (WHO, 2003) tratando de questões ligadas à aderência ao tratamento em pacientes com doenças crônicas. De acordo com o documento, aderência é “até que ponto o comportamento de uma pessoa – tomar medicação, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com o provedor de cuidados de saúde”⁴⁴ (p.3).

O mesmo documento aponta que, em países desenvolvidos, apenas 50% dos pacientes que sofrem de doenças crônicas aderem ao tratamento e especula que em países em desenvolvimento essa taxa deve ser ainda menor. Como consequência, “a baixa aderência aumenta os desafios de melhorar a saúde em populações pobres e resulta em desperdício e má utilização dos já limitados recursos para tratamentos”⁴⁵ (p.9).

É importante apontar que, ainda segundo a mesma fonte, a aderência pode muitas vezes estar ameaçada por causa de diferentes fatores pessoais, sociais e/ou econômicos do paciente. O documento reporta que “pacientes com diabetes geralmente tem co-morbidades que tornam seu tratamento ainda mais complexo”⁴⁶ (p.12) e acrescenta que a combinação com hipertensão, obesidade e depressão são as que mais afetam a aderência.

A questão da aderência ao tratamento também foi recorrentemente discutida entre o médico e os participantes desta pesquisa; entretanto, não de forma direta, mas refletida nas trocas interacionais durante as consultas. Geralmente, quando um paciente reporta

⁴⁴ the extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider.

⁴⁵ [P]oor adherence compounds the challenges of improving health in poor populations, and results in waste and underutilization of already limited treatment resources.

⁴⁶ [P]atients with diabetes usually have co-morbidities that make their treatment regimens even more complex.

dificuldades em controlar o diabetes, o próximo passo tende a ser a busca da/s causa/s desse descontrole que está, na maior parte das vezes, ligado ao modo como o paciente está levando seu tratamento. Em outras palavras, se o paciente está aderindo ou não ao tratamento.

Sugere-se neste estudo que o médico leva em consideração fatores que podem afetar a questão da aderência, principalmente a co-morbidade com a depressão, e que isso torna-se relevante na sua fala quando descobre o que está causando o descontrole da glicemia. A “culpabilidade” dos/as pacientes pode estar ligada não somente ao modo como eles/as estão lidando com sua doença, mas também a fatores outros que os/as “isente” de responsabilidade. Discutiremos essa questão com mais profundidade no capítulo cinco.

A seção seguinte trata da importância de se estudar a interação entre médicos/as e pacientes, abordando estudos anteriores e discutindo novas perspectivas no que diz respeito às consultas com pacientes diabéticos/as em particular.

3.1 A INTERDISCIPLINARIDADE SAÚDE E COMUNICAÇÃO COM FOCO NO DIABETES

Como procuramos demonstrar no segundo capítulo deste estudo, diversos estudos que se valem das perspectivas da fala-em-interação já vem promovendo a importância de se estudar a comunicação em eventos na área da saúde fora do Brasil. No Brasil, a produção desses tipos de estudos ainda decorre de forma um pouco tímida (e.g. BASTOS, 2008; OSTERMANN; SILVA, 2009; OSTERMANN; SOUZA, 2009) e a maior parte deles se concentra em interações psiquiátricas (BASTOS; DANTAS, 2003; OLIVEIRA; BASTOS, 2001; PINTO, 1997; PINTO; DANTAS, 2002; RIBEIRO; PINTO; DANTAS, 2002; RIBEIRO, 1995), portanto, um leque de possibilidades está aberto a estudos dessa natureza.

Buchabqui, Bertuol e Andrade (1995) são profissionais da área da saúde que indicam a importância de se analisar a relação médico/a-paciente, apontando que o saber ouvir e discutir os problemas do/a paciente é um dos principais elementos dessa relação. Quando falam da anamnese, ou seja, do primeiro encontro entre o/a médico/a e o/a paciente, os autores asseveram que

ela não consiste puramente em escutar os problemas, visto que a linguagem verbal é a mais suscetível às defesas do ego. Ao ouvir o paciente e sendo estimulado por ele, o médico deve incentivá-lo a continuar a formular claramente os seus conflitos, encorajando-o, sendo solidário com seu problema. Deve ser um expectador participante, obtendo todas as informações necessárias, muitas vezes mais rapidamente do que se fizesse perguntas diretas (p.21).

Levando-se em consideração o discurso de profissionais da área da saúde sobre a importância da comunicação entre médico/a e paciente, pode-se afirmar que um/a profissional que se dedica ao estudo da comunicação pode intervir de maneira positiva, contribuindo significativamente nessa problemática.

Concernente o diabetes, vemos ser de vital importância trazer à baila todas as informações discutidas na seção anterior sobre a doença quando um paciente recebe de seu médico/a a confirmação de que é portador/a de diabetes. Geralmente, é o/a médico/a quem fornece essas informações iniciais, orientando o/a paciente no seu novo estilo de vida e é quem continua estabelecendo o que os/as pacientes “podem” ou “não podem” fazer ou comer. Isso quer dizer que é na interação entre essas duas pessoas que importantes relações identitárias vão se estabelecer, que as dúvidas ou questionamentos acerca do autogerenciamento podem ser sanados e que cobranças podem ser feitas por parte do/a médico/a.

Um artigo publicado por Torres *et al* (2007) aponta para a importância da comunicação no trato com pacientes com diagnóstico de diabetes. Segundo os autores, a proposta do estudo foi elaborada por um grupo de profissionais em concordância com o “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus”, um projeto do Ministério da Saúde, lançado em 2002, que visa

estabelecer diretrizes e metas para reorganizar a atenção a estes grupos de agravos no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da atualização dos profissionais de saúde, implementação de protocolos de assistência, distribuição de medicamentos, vinculação do paciente as [sic] unidades básicas e ampliação de atendimento resolutivo (TORRES *et al*, 2007, p. 1).

Ainda no mesmo artigo, os autores asseveram que uma das diretrizes do Plano é capacitar profissionais da rede básica na atenção a esses dois grupos de agravo, uma vez que havia sido detectada uma lacuna no atendimento a essas doenças. Dentre essas diretrizes, observa-se uma que aponta para a importância da comunicação entre profissionais e pacientes:

[...] foi observada a necessidade de formação do pensamento crítico e emancipatório dos profissionais de saúde, de forma a procurarem uma *comunicação aberta e interativa com os indivíduos*, levando-os a adquirirem conhecimentos e habilidades, e permitindo-os a fazerem algo para melhorar sua saúde (TORRES *et al*, 2007, p.1) [grifo meu].

Torres *et al*, no mesmo artigo, discutem a aplicação de um programa de oficinas na cidade brasileira de Belo Horizonte, com uma equipe multidisciplinar que se reunia para discutir aspectos importantes no tratamento da doença. Na discussão final, os autores argumentam que houve resultados muito positivos, uma vez que os/as profissionais receberam orientações e discutiram sobre as dificuldades e desafios da doença. No que diz respeito à comunicação, eles apontam que “foi enfatizada a importância de planejar e sistematizar os grupos educativos respeitando as necessidades, valores e crenças dos usuários, assim como o uso de uma linguagem apropriada pelo profissional para a abordagem de diferentes temas” (p.10). Todavia, não podemos deixar de nos perguntar qual teria sido o acesso que os pacientes tiveram a toda a preparação pela qual o grupo interdisciplinar passou. Como todo o conhecimento obtido pelos/as profissionais terá sido ou mesmo *se* terá sido aplicado em seu próximo encontro com o/a maior interessado/a no processo: o/a paciente. Além disso, podemos observar que é utilizado o termo “linguagem apropriada”, sem, no entanto, referir-se claramente ao que se entende pelo termo. Como profissionais da linguagem, entendemos que pode haver diversas interpretações para uma afirmação dessa natureza.

O presente estudo se vale de uma metodologia que possibilita a inserção no exato local em que essa “linguagem apropriada” toma forma: dentro do consultório médico. Dessa forma, averiguamos de que maneira médico e pacientes estão interagindo e que espécies de informações estão sendo negociadas quando eles se encontram. Ao oferecermos essa lente de pesquisa, possibilitamos a compreensão do que realmente acontece no evento consulta médica, trazendo à tona os questionamentos que os próprios participantes deixam transparecer em suas falas.

O capítulo seguinte descreve a metodologia empregada na coleta e análise dos dados deste estudo. Além disso, oferece uma descrição dos locais em que a coleta foi realizada e reflexões acerca do processo analítico da pesquisadora.

4 METODOLOGIA

O caráter qualitativo desta pesquisa vai ao encontro dos objetivos analíticos aqui apresentados e das metodologias que a permeiam. Além disso, em uma pesquisa que se propõe a investigar ações sociais, o caráter empírico é crucial. O pesquisador Harvey Sacks comentou, em suas palestras fundadoras da AC, que

uma base para olhar o mundo bem de perto para se teorizar sobre ele é que ao se olhar o mundo bem de perto você pode achar coisas que nós não poderíamos, pela imaginação, afirmar que existiam: uma pessoa não saberia que elas eram típicas, uma pessoa talvez nem soubesse que elas aconteciam, e mesmo que alguém supunha que elas acontecessem, essa pessoa não poderia afirmar porque uma plateia não acreditaria nela⁴⁷ (1992, p.419).

Essa constatação de Sacks decreta a importância de se pesquisar dados naturalísticos, que se voltem para as ações sociais reconhecidas pelos/as participantes da interação. Pomerantz e Fehr (1997) complementam a ideia afirmando que o foco central da AC “é a organização dos comportamentos significativos das pessoas em sociedade, isto é, como as pessoas em sociedade produzem suas atividades e significam o mundo através delas”⁴⁸ (p.65).

Considerando-se os aspectos apontados aqui, a entrada e a familiarização em campo são fundamentais nesta pesquisa. Descreverei a seguir os procedimentos e características dos locais de coleta de dados nos quais me inseri.

4.1 METODOLOGIA DE COLETA DE DADOS

4.1.1 A Entrada em Campo

As negociações para a realização deste estudo começaram em janeiro de 2008. Primeiramente, recorri a Associações de Apoio a Diabéticos de cidades da região metropolitana de Porto Alegre. Em uma delas, a responsável me forneceu telefones de alguns médicos que atendem pacientes com diagnóstico de diabetes na cidade. Entrei em contato com os profissionais e consegui marcar uma entrevista com um deles.

⁴⁷ a base for using close looking at the world for theorizing about it is that from close looking at the world you can find things that we couldn't, by imagination, assert were there: One wouldn't know that they were typical, one might not know that they ever happened, and even if one supposed that they did one couldn't say it because an audience wouldn't believe it.

⁴⁸ the organization of the meaningful conduct of people in society, that is, how people in society produce their activities and make sense of the world about them.

Durante a entrevista, realizada em seu consultório particular, explanei os objetivos e metodologia do então projeto, tendo sido muito bem recebido pelo médico. Ele concordou em participar e relatou que realiza consultas em dois postos do Sistema Único de Saúde, locais que ele argumentou serem mais pertinentes para a realização da coleta de dados do que seu consultório particular.

Tendo em vista que esta é uma pesquisa que envolve seres humanos, cadastrei-a no CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa), que é o órgão do Ministério da Saúde que controla todas as pesquisas dessa natureza. Esse cadastro gerou um documento que pedia a assinatura das instituições envolvidas na pesquisa. Sendo assim, a coordenadoria do curso de pós-graduação em Linguística Aplicada e a Prefeitura Municipal da cidade na qual a pesquisa foi realizada, na pessoa do então Secretário da Saúde, confirmaram o aval para a realização deste estudo.

Obtidos todos os consentimentos necessários, o próximo passo foi elaborar um TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)⁴⁹, cujo objetivo é esclarecer e informar sobre a pesquisa a todos/as os/as participantes, os/as quais receberam uma via do documento no momento da coleta de dados. Em seguida, o presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos, do qual obteve homologação.

4.1.2 Preceitos Éticos

As pesquisas qualitativas que tomam por base dados naturalísticos devem intensificar os cuidados éticos para preservar os/as participantes envolvidos. De acordo com Silverman (2001), “quando se está estudando o comportamento das pessoas ou questionando-as, não somente os valores da pesquisadora mas as responsabilidades da pesquisadora para com aqueles que estão sendo estudados devem ser encarados”⁵⁰ (p.55).

A pesquisa aqui descrita atende a essa necessidade, uma vez que os nomes de todos/as os/as participantes foram substituídos por nomes fictícios, no intuito principal de preservar suas privacidades e evitar possíveis constrangimentos. Além disso, o nome da cidade em que a pesquisa foi realizada, e outros nomes que porventura foram mencionados durante as gravações, também foram modificados.

⁴⁹ A cópia homologada do TCLE está anexada ao final deste trabalho.

⁵⁰ when you are studying people's behaviour or asking them questions, not only the values of the researcher but the researcher's responsibilities to those studied have to be faced.

Ao todo, a pesquisa contou com 21 participantes, totalizando 4 horas, 45 minutos e 11 segundos de gravação. A consulta mais rápida teve a duração de 6 minutos e 22 segundos e a mais longa durou 44 minutos e 10 segundos.

4.1.3 Os locais de Coleta de Dados

O médico Geraldo⁵¹ é clínico geral e trabalha em dois postos de saúde da cidade onde a pesquisa foi realizada. Ele afirma que procurou se especializar no tratamento de pacientes com diagnóstico de diabetes e que, por isso, suas consultas são em sua maioria para atender pacientes com essa enfermidade. Os/As pacientes são em geral pessoas com mais de 45 anos.

As observações nos postos de saúde em que o médico trabalha tomaram duas semanas, sendo que a pesquisadora realizou três visitas a cada lugar. Os postos de saúde ficam em bairros afastados do centro da cidade. Por questões de organização, chamá-los-ei de Posto 1 e Posto 2.

POSTO 1:

Para a descrição do Posto 1, farei um relato etnográfico de um dos dias em que estive no posto para coletar dados. Esse posto conta com atendimentos de ginecologia, pediatria, dentista e clínico geral. É um prédio de uma só peça, com divisórias internas de Eucaplac para os consultórios e balcão de recepção. Ao todo são cinco consultórios, uma sala de enfermagem para vacinação e coletas, e uma sala administrativa. Na recepção, duas secretárias fazem a marcação das consultas, atendem ao telefone e auxiliam os médicos no que for preciso. Na recepção também ficam os prontuários dos/as pacientes, em que são preenchidos dados pessoais, agendamentos de consultas e várias páginas para diagnóstico/condução, próprio para um longo acompanhamento do caso.

Relato etnográfico: vidas pelo consultório

Amanhece mais um dia na afastada comunidade do Posto 1. O sol já desponta para avisar que vai ser mais um dia de calor. As paredes com pintura desgastada do prédio que abrigam o serviço de saúde começam a presenciar a chegada dos pacientes. A fila vai aumentando enquanto as duas atendentes pedem informações que são incluídas numa ficha.

⁵¹ Utilizaremos um nome fictício para o médico para facilitar a compreensão durante a leitura deste estudo.

As fichas são entregues aos pacientes e logo se transformam em improvisados leques enquanto eles buscam os bancos pretos de estofado rasgado para aguardar a sua vez de serem atendidos. As poucas janelas do posto não são suficientes para fazer chegar o ar de fora, barrado pelas divisórias de Eucaplast que delimitam a área de espera e os consultórios. O único ventilador da área, que fica bem em frente ao balcão das atendentes está ligado, mas não tem força suficiente para fazer o vento chegar até o final do corredor onde as pessoas esperam. E os dois aparelhos de ar condicionado do posto ficam dentro de dois dos três consultórios de atendimento: um no consultório utilizado pelo clínico geral e outro no consultório usado pelo dentista.

As pessoas continuam chegando. Forma-se uma nova fila somente para pacientes do doutor Geraldo. Entre eles está Raul, um uruguaio que vive no Brasil há muitos anos, mas que ainda não perdeu o sotaque por completo. Raul faz a sua ficha e carrega debaixo do braço o jornal do dia e uma pastinha com diversos documentos. Ele é alto, usa uma bengala e óculos grossos. Sua pele bronzeada já está um tanto envelhecida. Ele vai até a frente da sala de exames, pega uma fichinha com um número e senta para ler seu jornal. “Número 5”, chama a atendente e ele vai até a sala. Lá, ela já o aguarda com o glicosímetro digital, uma fitinha e um pedacinho de algodão. Ele entra, senta na cadeira que fica bem ao lado da mesa da atendente e oferece o dedo médio. Ela pega uma pequena agulha e fura o dedo que se avermelha com a gota de sangue, logo pingada na fitinha. Enquanto ele limpa o dedo com o pedaço de algodão, ela coloca a fitinha no glicosímetro que rapidamente faz surgir um número tão presente na vida de diabéticos: a taxa de açúcar no sangue.

Esse é o momento em que me aproximo dele para pedir sua autorização para acompanhá-lo na consulta. Bastante curioso e falante, ele pergunta sobre a minha pesquisa e me conta que fez parte de um experimento com insulina inalada na capital do estado. Já não chegam mais tantos pacientes na fila e a sala de espera está cheia. Alguns pacientes começam a ficar, na verdade, impacientes, comentando que o médico “sempre se atrasa”.

Alguns bancos mais à frente está Josiel, outro paciente diagnosticado com diabetes, com quem eu já havia conversado poucos dias atrás. Josiel olha insistentemente para a sala de exames com um número na mão. Ele está aguardando a sua vez de fazer o exame com o glicosímetro digital para informar o resultado ao médico no momento da consulta. Ele sabe que será “xingado” pelo médico se entrar sem a informação, por isso, precisa ser atendido antes que o médico chegue. Josiel é bastante ansioso. Resolveu voltar a consultar um médico por causa do diabetes este ano, depois de mais de 5 anos sem nenhum controle com a doença. Durante a consulta anterior, ele havia relatado que sofrera um acidente enquanto voltava do

trabalho para casa de bicicleta. “De repente, eu não vi mais nada”, disse ele, relatando o momento em que fora atropelado por um carro. Ele havia tomado um litro de refrigerante no almoço com seus colegas de trabalho.

Dentro da sala de exames, as duas atendentes conversam sobre assuntos cotidianos com um senhor, que está parado na porta da sala. Eles falam sobre pessoas que conhecem em comum. Armando, o senhor, é um morador antigo da comunidade, que conhece todo mundo e adora conversar. Depois de mais alguns minutos de animado bate-papo, Armando parece perceber o olhar de Josiel e se afasta um pouco da entrada, dizendo algo que não pude compreender, mas que parece relacionado ao fato de ele estar “atrapalhando” o atendimento. Aproveito para pedir sua autorização para acompanhar a consulta e ele prontamente diz que sim. E o número de Josiel é chamado.

Este é o momento em que o doutor Geraldo chega, cantarolando. Os pacientes olham para os lados buscando empatia com a felicidade da expectativa de ser atendido logo ou com a indignação de ter tido que esperar por tanto tempo.

A chegada do médico ao posto é praticamente um acontecimento. Todos se orientam para sua presença: pacientes e funcionários. Carrega uma pasta preta na mão e usa um chapéu panamá branco. Ao entrar no posto, cumprimenta pacientes no seu percurso da entrada para o balcão da recepção. Enquanto pega os prontuários dos pacientes do dia, conversa com as atendentes e dá sonoras risadas.

O caminho pelo estreito corredor, onde estão os pacientes, até o consultório é permeado por cumprimentos e comentários. Geraldo é clínico geral, mas a maior parte de seus pacientes são pessoas diagnosticadas com *diabetes mellitus*, que procuram os postos em que ele trabalha. Em se tratando de saúde pública, é quase um privilégio ter um médico com especialização na doença e isso se reflete em seus atendimentos. Pessoas de todos os bairros da cidade procuram o posto para consultar com ele.

Como atende apenas três dias por semana nesse posto, Geraldo não utiliza sempre a mesma sala. O consultório reservado ao clínico geral, indicado pela “placa” de isopor pendurada na porta, é usado pelo clínico geral que vai todos os dias ao posto. Ele entra no consultório em cuja “placa” está escrito ginecologista. Durante um dia em que eu coletava dados, tão quente quanto o dia de hoje, o médico trocou de consultório para poder usar o ar condicionado. Passou do ginecologista ao do dentista.

Como é de praxe, Geraldo chama os pacientes mais idosos primeiro. Eu e Raul conversamos mais um pouco enquanto ele não é chamado pelo médico. Outros pacientes fazem comentários sobre o calor e sobre a demora no atendimento. Comento que no outro

posto em que coletei dados há um televisor na recepção. Um dos pacientes aponta para um armário fechado dizendo que ali também tem, mas que “elas” nunca ligam, referindo-se às atendentes.

“Raul Benites”, grita o médico de dentro do consultório e nós vamos até lá. Esta é a primeira consulta de Raul com Geraldo. Assim como muitos outros pacientes com diagnóstico de *diabetes mellitus*, Raul não sofre apenas de diabetes. Durante a consulta ele mostra seus exames e documentos, todos organizados dentro da sua pastinha contendo os detalhes da cirurgia à qual se submeteu para colocar uma ponte de safena em 2003. Na ocasião em que foi internado, ele diz que seu “desespero” começou quando soube que seu filho havia vendido sua fábrica de barcos achando que ele morreria.

Após a cirurgia, foram colocadas seis próteses no seu coração. Quando foi internado para colocar a última prótese, um mês antes dessa consulta, houve um descuido no hospital e ele caiu da maca. Ele acredita que quebrou algum osso, mas os médicos ainda não deram um diagnóstico definitivo e por isso ele precisa andar se apoiando na bengala.

A consulta dura 45 minutos, muito mais do que muitas outras que eu já havia acompanhado. Raul conta que teve que apelar para consultas pelo SUS porque não está conseguindo se aposentar por ser estrangeiro, apesar de ter contribuído para o Instituto de Previdência Social brasileiro por 30 anos. Geraldo segue analisando os exames do paciente e descobrindo outras complicações, como uma degeneração renal e pressão alta. A lista de medicamentos parece não ter fim.

Enquanto o médico vai coletando informações para fazer o histórico de Raul, a sua impressionante história de vida vai se desvelando. Em um determinado ponto da consulta, logo depois que Raul comenta que agora ele se sente muito melhor porque antes não podia caminhar nem cinquenta metros porque se cansava, Geraldo inicia:

MÉDICO: mas sempre foi irritadinho né?
 RAUL: irritado?=
 MÉDICO: =é. daqueles ↑brigã:o
 RAUL: °↑nã:o°
 MÉDICO: não?
 RAUL: °não°
 MÉDICO: porque pro cara fazê isso aí tem que tê muita adrenalina.
 (3)
 MÉDICO: muito chorão ↑não
 RAUL: agora sabe que:: (.) depois que o homem esse me >me me me me::< me implantou essa::s (1) essas prótese aí >essa última prótese< é que eu tô que- (.) tô uma maria mada↑lena [@ @ @]
 MÉDICO: [@ @ @] @ @

Os dois riem da comparação, mas as risadas logo dão lugar a um momento muito interessante da consulta, em que o paciente fala sobre ter aprendido a chorar somente depois de ter feito a cirurgia. E é aqui que a história de Raul é contada. Já ao nascer ele era órfão de pai e mãe. Foi mandado para um orfanato, mas logo criança foi morar na rua. Como consequência, sua primeira experiência com drogas foi aos cinco anos, quando começou a usar cocaína injetável, vício que consumiu sua vida até os 42 anos. Ele conta que percebeu a gravidade do seu vício quando seu primogênito nasceu: “primeiro filho começou a caminhar, ia nos braços de todos menos nos braços meus. Então eu me perguntava porquê. Até que uma hora me dei conta que ele não fugia do pai, ele fugia do drogado que tava na frente dele”.

Geraldo acompanha a história, algumas vezes atento e outras procurando papéis para escrever receitas para o paciente. Raul conta com orgulho que foi um dos fundadores das reuniões de toxicômanos e que desde que decidiu parar nunca mais usou nenhum tipo de drogas, nem as lícitas. Confessa que sente vontade todos os dias, que “não tem nada mais gostoso que *la droga*”, mas que tem sido forte para lutar contra o vício.

Depois de mais alguns minutos de conversa sobre o assunto, o médico retoma as recomendações dadas ao paciente e a consulta termina. Saio junto com Raul e agradeço sua participação na pesquisa. Há menos pessoas esperando e sento perto de Armando, o próximo paciente que acompanharei. Armando também me pergunta sobre a pesquisa, bastante interessado. Enquanto os médicos (há também um outro clínico geral atendendo) continuam chamando nomes de dentro de seus consultórios, os pacientes conversam em voz baixa e se abanam. Alguns deles são pacientes do doutor Geraldo com quem eu já havia conversado, mas que preferiram não participar da pesquisa. Ainda assim, me contaram fatos de suas vidas relacionados à doença.

Um deles é Pedro. Todas as vezes em que estive no posto para coletar dados ele estava lá. Na primeira vez em que conversamos, ele me contou que estava de licença do trabalho por causa da doença e me mostrou os pés cheios de feridas abertas. No trabalho, ele precisa usar sapatos fechados, já que tem que caminhar pelo estacionamento que cuida. Alguns meses depois, logo depois de eu ter acompanhado uma consulta com outro paciente, Pedro entrou no consultório e Geraldo me chamou para olhar os pés do paciente. Uma impressionante cicatrização e melhora havia ocorrido e o médico fazia questão de mostrar que o tratamento funcionava e que o paciente deveria ser elogiado por ter seguido as orientações à risca.

“Armando Silva”. Entramos no consultório e os dois logo começam a falar de futebol. Ao contrário de Raul, eles são conhecidos de longa data, fazendo muitas piadas e perguntando sobre conhecidos em comum. Durante os primeiros minutos da consulta eles tratam de problemas relacionados ao controle como dieta, aplicação de insulina e compra de fitas para glicosímetro.

Em um momento da consulta o paciente começa a reclamar que geralmente sente dor na cabeça, questionando o médico se há algum motivo específico para isso. Essa reclamação dá início a um momento que foge um pouco das recomendações com tratamento. Geraldo diz que a dor deve ser provocada porque a doença provoca o envelhecimento dos vasos e complementa dizendo: “porque que tu acha que não enxerga, brocha, dói as perna, dói tudo?”. Em cima disso, o paciente faz uma piada e complementa dizendo que um outro médico lhe receitou um remédio contra impotência sexual. Os dois começam a conversar sobre ser ou não eficiente, falando brevemente sobre uma experiência pessoal e relatando casos de outras pessoas que usaram.

Até então, esta é a consulta em que o médico mais conta fatos de sua vida pessoal. Ele fala sobre um acidente que seu filho sofreu há alguns dias atrás. O filho, de 28 anos de idade, havia caído do quinto andar de um prédio. Ele conta que foi para o hospital e ficou “2 dias dentro do pronto-socorro sem comer e sem beber” e que ao sair de lá fez um exame e constatou que estava com 426 de glicemia. Desde então, está também dependente de insulina e tendo que seguir todas as orientações que dá a seus pacientes.

Logo depois desse relato, o paciente conta que também passou por um problema parecido. Ele havia levado a filha até o hospital para fazer um curativo e que sentiu que sua glicose estava baixa. Pediu auxílio para uma enfermeira, que trouxe um refrigerante para ele beber. Nesse momento, o paciente faz um gesto demonstrando que ele tomou prazerosamente e de uma vez só a bebida e diz: “eu queria ver a tua cara eu tomando Coca-cola. Pena que não tinha sorvete lá também”.

Este foi o primeiro momento nessa consulta que Armando falou sobre a impossibilidade de comer ou beber o que tem vontade. Ele parece ser um paciente muito dedicado ao tratamento. Durante esta consulta, falou com propriedade sobre os remédios, perguntando duas vezes para que serve alguns medicamentos que toma. Mais para o final da consulta, Geraldo pergunta sobre a família do paciente e ele conta que “agora estão indo pra academia”. Pela conversa dos dois, eu entendo que a família (esposa, filho e filha) tem péssimos hábitos alimentares, mas que já houve uma melhora, pois “pararam com a tal de Coca-cola”.

Este é o segundo momento que Armando se lamenta por ter restrições alimentares. Ele diz que o problema todo da família são as pizzarias, que elas deveriam fechar porque a cada vez que um dos filhos liga pra lá, chegam três pizzas grandes em sua casa. Ele enfatiza que são três pizzas para quatro pessoas e complementa em um tom de voz baixo, pausado e triste: “só que eu não participo né (pausa) eu não como (pausa) eu só fico no olhar”. O médico não faz nenhum comentário sobre o assunto.

A consulta termina logo depois que o médico e o paciente retomam as orientações. Eu me despeço de Geraldo e de Armando, que vai até o balcão marcar a próxima consulta. Agora, perto das 10 horas da manhã, já há menos pessoas no posto, que vai continuar ali enfrentando o calor.

POSTO 2:

Para descrever o Posto 2, relatarei a minha primeira ida ao local. Neste posto, Geraldo orienta um encontro semanal de um grupo de pessoas com diagnóstico de diabetes, além de realizar as consultas semanais regulares. O grupo é aberto a todas as pessoas da comunidade que tem o diagnóstico e que queiram frequentar e conta com uma média de 12 participantes por encontro. A maioria são mulheres e muitos são participantes assíduos.

Relato etnográfico: primeira participação

Fazia algum tempo que não acordava tão cedo, mas a motivação por estar colocando em prática um projeto que venho planejando há tanto tempo não me deixou sentir cansada. Saio de casa com o tempo calculado para que eu possa me perder ainda antes de chegar ao posto de saúde, o que de fato acontece. As informações que a atendente me passara não parecem coincidir com as que tenho no mapa. Decido me guiar pelo mapa, nada contra, somente uma questão de *feeling*. Encontro um grupo de uns seis homens que estão em frente a uma fábrica e parecem aguardar a hora de começar a trabalhar e pergunto sobre o posto. Um deles, com muita propriedade (nessas horas sempre achamos que vamos ser enroladas) me dá as direções para chegar lá. Estou perto e de fato encontro o lugar com o alívio de saber que aquele bom homem vai ter um grande dia no trabalho.

O posto de saúde é pequeno, muito menor do que eu imaginava. Fica bem ao lado de uma escola, na verdade é como se tivesse avançado sobre o terreno que era da escola. Há uma pequena rampa para a entrada feita de cimento e há uma cerca de metal dividindo o posto da rua e do pátio da escola. Eu estaciono o carro no mesmo instante em que Geraldo, o médico,

também estaciona o seu carro em frente ao meu. Ele sai do carro e me cumprimenta, apressado. Entra no posto. Eu vou atrás, apalpando o caminho e tentando ver mais do que o possível.

Entro no posto e há uma pequena sala de espera com uma televisão de 20 polegadas ligada em um jogo (é época de Olimpíadas – China) e dois pacientes aguardam nas cadeiras que ficam à direita de quem entra. À esquerda há uma mesa e uma secretária à disposição. Logo à frente há uma porta que parece ser de uma sala e ao lado da mesa da secretária há um corredor que parece levar aos consultórios. Ouço a voz do médico, que se aproxima e dessa vez me cumprimenta com um aperto de mãos. Ele está com pressa. Entra em uma das salas e conversa com alguém enquanto eu digo pra secretária que não estou ali para marcar consulta. Ela entende que estou aguardando o médico.

Olho a minha volta. Há muitos cartazes nas paredes, com uma impressionante simetria de disposição. Tudo parece muito organizado. Começo a gostar de saber que frequentarei o lugar. Em meio às risadas do médico, observo também os pacientes, pessoas que não falam nada, somente aguardam. Geraldo e uma outra mulher saem da sala. Ele me apresenta dizendo que está indo para o grupo de diabéticos. Eu rapidamente digo “oi, prazer, eu posso ir junto com o senhor?”. Ele diz que sim e eu sigo o carro dele até o salão paroquial da igreja católica do bairro, que cede suas dependências para o encontro semanal de pessoas com diagnóstico de *diabetes mellitus* orientado pelo médico.

Quando chegamos lá somos recebidos por um senhor que parece ser o encarregado da organização. Dentro do salão, 13 pessoas aguardam sentadas em cadeiras de madeira com assento de vime em semicírculo. É um amplo salão, com muitas mesas e cadeiras posicionadas sobre elas, como um bar que está para fechar. O teto do galpão é alto e ao fundo duas portas indicam os banheiros masculino e feminino.

Há uma mesa esperando o médico, com uma toalha que - mais tarde descubro - é trazida por uma das participantes do grupo. As pessoas me olham com curiosidade e Geraldo logo faz questão de me apresentar. Ele pede que eu me levante e me apresente. Eu o faço, ainda pega de surpresa, com um pouco de timidez, mas eles me olham tão carinhosamente que logo me sinto bem.

O médico coloca sobre a mesa canetas, formulários, fitas, um glicosímetro digital para medir a glicose e algodão cortado em pedaços mínimos. As pessoas parecem ter todas mais de 45 anos e seguram um cartão nas mãos. Há algumas conversas entre elas.

O médico diz “Vamo lá...” e o paciente que está na primeira cadeira da fila se levanta com o seu cartão na mão e se aproxima da mesa. Geraldo abre uma agulha descartável e dá

uma rápida picada no dedo do paciente, recolhendo a gota de sangue na fita. Logo em seguida, coloca no aparelho e entrega um pedacinho de algodão para o paciente. Ele anuncia o número que o aparelho detectou enquanto anota no cartão do paciente. O próximo paciente já vai se aproximando da mesa e todo o procedimento se repete.

Todo o processo é permeado por interação, de toda natureza. Todos, médico e pacientes, parecem se conhecer há algum tempo, pois falam sobre familiares, sobre times de futebol, sobre problemas passados, etc.

Quando um/a paciente se aproxima ele pergunta se a pessoa está se cuidando ou está se comportando. Há um momento interessante que é quando a taxa de glicose está muito alta. Ele pergunta o que a pessoa comeu no dia anterior ou se ela tomou café da manhã. Além disso, ao invés de o número ser anunciado em voz alta, ele dirige o mostrador numérico para o/a paciente, que verifica o resultado.

Uma das pacientes, durante este exame, diz que o remédio que ela está tomando não está bom e Geraldo indica outro, que precisa ser comprado. Então, ele diz que precisa falar com a filha dela. Parece que é a filha que resolve esses casos da mãe. Eles ainda estão interagindo quando se aproxima o próximo paciente. Acredito que o assunto com a paciente não ficou resolvido; mesmo assim, ele se volta totalmente para o próximo paciente, principalmente por que é um paciente que não aparecia no grupo há quase um ano. Ele faz umas brincadeiras e na hora de ‘anunciar’ o número ele não o faz. Ele vira o aparelho para o paciente, mostrando o número e dando uma leve puxada de orelha.

É muito interessante ver como as/os pacientes trocam os “números” entre si, elogiando quando está dentro dos limites ou demonstrando empatia quando está alterado. Algumas vezes, eles pedem “receitas” de como “baixar ou aumentar”. Sempre é relacionado a não exagerar na alimentação.

Agora há quatro homens e 12 mulheres no total, já que alguns foram chegando durante o processo. Os exames terminam, o médico arruma seus pertences e se levanta. Ele pega um pote com as seringas usadas e vai imitando um vendedor de vale-transportes, sacudindo-o. As/os pacientes já sabem que é para colocar o algodão usado lá. Ele passa de um em um. Depois, ele se dirige até o centro para iniciar a palestra e diz “bom dia, crianças”. Ele começa falando sobre mim, dizendo que eu o faço lembrar dos tempo de faculdade, com toda a energia e vontade de conhecimento.

O tema da palestra é qualidade de vida: “qualidade de vida é a finalidade do grupo”. Ele diz que as pessoas diabéticas devem ver o tratamento como uma igreja. Não podem cometer pecados (comer de forma errada), devem se cuidar, se cuidar, se cuidar... devem

conter a compulsão, a vontade de comer. Devem vir aos encontros e sabem que se cometem um pecado o resultado vai aparecer. “não adianta comprar um pote de mel com a desculpa de que é pros neto. Vai olhar depois, os neto nem vieram e o pote já tá pela metade”. As/os pacientes interagem, contando casos ou comentando sobre o assunto. Ao longo da palestra a interação vai aumentando. Neste momento fico me perguntando se existe acompanhamento de nutricionista no posto de saúde também.

Então, ele começa a falar sobre morte. Eu fico vidrada, pensando no tópico da minha dissertação já sendo trazido à tona no primeiro encontro. O eufemismo é o mês de agosto: “agosto está generoso esse ano. O agosto não vai querê carregá muita gente”. Assim que ele termina essa frase ele olha para uma paciente que prontamente responde: “não olha pra mim”. Essa paciente estava com a glicose alterada no exame inicial. Acredito que ele olhou propositalmente. Tudo é permeado de muita risada e piada. Com um leve puxão de orelha. Ele me lembra um professor ensinando o que deve ser feito e o que não pode ser feito. As/os pacientes também parecem alunos, principalmente quando estavam dizendo os resultados dos exames, como se estivessem dizendo as notas que tiraram na prova.

Ele começa a falar sobre problemas que pessoas com diabetes podem ter e de como essas pessoas sentem muito mais dor que as pessoas normais. Ele lembra que com a umidade, a deficiência vascular fica mais evidente em pessoas normais, e em diabéticos mais ainda.

Uma paciente faz duas perguntas, usando termos técnicos. Ele explica, dando exemplos, parece muito eficiente. Ele abre espaço para mais perguntas e uma paciente fala que está com uma dor na cabeça, que parece uma veiazinha que dói. Ele responde “consultas no posto” e dá risadas. Todos se alinham.

Em um outro momento, também *teacher-like*, ele está no meio de uma explicação e nota que há duas pacientes conversando. Ele para a explicação e fica olhando pra elas. Elas notam e param de conversar. Ele diz: “deu?” e dá risada. A risada sempre vem depois do puxão de orelha.

Às 8h30min ele encerra a palestra e fala para aqueles que querem consultar para se dirigirem ao posto, que as consultas começam às 9h30min. As pessoas vão saindo vagarosamente, algumas conversam comigo, querem saber e contar de suas parentes que também estão estudando. São muito simpáticas e amigáveis.

Espero o médico, para dizer-lhe que só participarei novamente do grupo dentro de um mês, já que terei que fazer uma disciplina na quinta pela manhã. Fico feliz de ter ido ao encontro, sabendo que essas pessoas são potenciais participantes da minha pesquisa.

4.1.4 A Coleta

O procedimento para coleta de dados era o mesmo em ambos os locais. Primeiramente, eu fazia a abordagem dos/as pacientes na sala de espera, assim que eles/as deixavam o balcão de atendimento. Procurava sempre deixar muito claro quais eram os objetivos desta pesquisa e enfatizava que a participação deles/as não era obrigatória. Nesse momento, eu geralmente lhes entregava uma via do TCLE para que fizessem a leitura. Na maioria dos casos, a minha explicação sobre o projeto era suficiente para que eles/as tomassem a decisão de participar ou não. Quando a resposta era positiva, eu pedia para a pessoa assinar uma via do TCLE, o qual fica arquivado com meus documentos, e entregava outra via para ela.

O próximo passo era aguardar até que o médico chamasse o/a paciente para a consulta. Quando o nome do/a paciente era chamado, eu entrava no consultório junto com ele/a e colocava um gravador de voz perto dos dois participantes. Eu tentava me posicionar em um local que eu julgava que pudesse interferir o mínimo possível no andamento da consulta.

Torna-se relevante aqui mencionar o termo “Paradoxo do Observador”, cunhado por Labov (1972), que faz parte de todas as pesquisas que se valem de dados coletados naturalisticamente. Por um lado, entendemos que a presença da pesquisadora é fundamental para observar o comportamento dos interagentes enquanto que, por outro, temos consciência de que essa participação pode afetar esses comportamentos. Mesmo assim, acreditamos que essa “interferência” é muito pequena, uma vez que as pessoas estão mais engajadas em lidar com a interação em si.

Enquanto os participantes realizavam a consulta, eu fazia anotações de quaisquer eventos que eu entendia que pudessem vir a serem relevantes durante a análise dos dados. Essas anotações fazem parte do diário de campo, que, como já foi dito, pode ser complementar na análise dos dados.

Após essa etapa, os dados gravados em áudio foram transcritos. Conforme mencionado anteriormente, uma das exigências da metodologia é a coleta de dados naturalísticos, gravados em áudio ou vídeo. Por causa dessa característica, tornou-se fundamental o desenvolvimento de convenções de transcrição que fossem adequadas ao que a análise demandava. O trabalho realizado, então, pela pesquisadora Gail Jefferson resultou de um sistema de símbolos que supriu essa demanda, sendo amplamente utilizado por analistas da conversa. O diferencial desse sistema é o fato de tentar reproduzir, da maneira mais fidedigna possível, como as elocuições dos participantes foram geradas. Portanto, pausas,

hesitações, alongamentos, volume, falas sobrepostas, entre muitas outras propriedades, são contempladas nessas transcrições⁵².

Além de auxiliar na análise, que é feita principalmente a partir dos áudios/vídeos, a transcrição dos dados permite que a pesquisadora explicita as etapas analíticas realizadas. Com isso, outros/as estudiosos/as podem, ao ler a interação, não só compreender melhor a argumentação tecida na análise, mas também questionar, ou até refutar, o que está sendo afirmado sobre aquela conversa. Esse procedimento permite, por causa dessa transparência, que nenhuma afirmação seja entendida como o retrato de alguma verdade incondicional.

Com os dados em áudio e transcritos, iniciei a fase de análise, que se vale dos pressupostos metodológicos da Análise da Conversa (SACKS, 1992; HUTCHBY; WOOFFITT, 1998).

4.2 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Este estudo tem caráter qualitativo, portanto, não quer propor generalizações de nenhuma natureza. Ao contrário, por se valer de dados naturalísticos, tem por objetivo descrever como as pessoas envolvidas naquele momento e naquele espaço lidaram linguístico-interacionalmente umas com as outras.

Seguindo as bases da perspectiva aqui adotada, em momento algum a pesquisadora foi a campo com o intuito de procurar algum fenômeno em específico. Ao contrário, as análises aqui realizadas foram *data-driven*, ou seja, os dados é que guiaram o olhar da pesquisadora para o que era mais relevante ou mais recorrente. Muitas vezes, em pesquisas dessa natureza, é preciso rever as perguntas que são feitas inicialmente em detrimento de outras que podem revelar a verdadeira natureza do encontro analisado. No caso dessa pesquisa, alguns questionamentos foram agregados às perguntas do projeto inicial.

É imprescindível que a pesquisadora se abstenha, tanto quanto possível, de juízo de valores e procure realizar as análises da maneira mais objetiva possível. Essa objetividade quer dizer que é importante não trazer rótulos apriorísticos e colocá-los nos interagentes sem que esses rótulos tenham sido tornados relevantes por eles mesmos. Deve-se ter o cuidado de não ir a campo procurando determinadas categorias e, sim, deixar que os dados mostrem que tópicos podem ser mais relevantes de serem analisados.

⁵² Uma lista das convenções de transcrição foi incluída ao final deste trabalho.

Por outro lado, carregamos as nossas experiências pessoais, as quais podem acabar se transformando em uma espécie de filtro do nosso modo de ver e analisar situações. Temos consciência de que, durante o processo de análise, ativamos naturalmente algumas categorias e impressões baseadas em nossa vivência. Dessa forma, acreditamos que atingir a objetividade total possa não ser uma tarefa possível para nenhum/a pesquisador/a.

Assim como os dados é que movem a análise, os participantes também impõem a sua perspectiva sobre a forma como essa análise é realizada. A maneira como cada um deles expressa o seu entendimento sobre todos os aspectos da interação é o que conta para analistas da conversa, a chamada perspectiva êmica.

O processo de análise é, muitas vezes, exaustivo, demandando repetidas audições das interações e leitura das transcrições. Além disso, o afastamento pode ser um momento importante para que se crie um novo estranhamento, que ilumine um novo aspecto a ser analisado. A leitura de fenômenos já analisados anteriormente por outros/as estudiosos/as pode ser altamente colaborativa nesses momentos, pois fazem com que eles sejam detectados com maior facilidade.

Como já foi mencionado, além dos dados gravados em áudio e das transcrições, as análises deste estudo são complementadas por algumas anotações feitas em diário de campo, que registram as impressões da pesquisadora sobre fatos que aconteceram no momento da coleta de dados.

Após essa explanação sobre os locais em que a coleta foi realizada e a metodologia empregada nas análises, o capítulo seguinte apresenta o primeiro foco analítico deste estudo, o qual descreve momentos de negociação entre o médico e alguns/mas pacientes.

5 NEGOCIAÇÕES⁵³ NO CONSULTÓRIO

No segundo capítulo desta dissertação, apresentamos estudos realizados pela pesquisadora Tanya Stivers, na seção que descreve análises conduzidas sobre o momento do tratamento (ver seção 2.1.5). Como foi mencionado, a pesquisadora investigou negociações entre médicos/as pediatras e pais/mães de crianças com problemas respiratórios.

Durante a análise dos dados da presente pesquisa, também foi possível verificar que diferentes tipos de negociações nas interações entre o médico e os/as pacientes eram recorrentes. Na maior parte das vezes, os tópicos trazidos à tona na conversa que se tornavam foco das negociações eram relativos à saúde do/a paciente e, por isso, relevantes para o momento, já que esse é o assunto principal nesses tipos de eventos interacionais.

As negociações podem ser momentos um tanto quanto delicados, se levarmos em conta o fato de que é preciso haver algum impasse para que haja uma negociação. Em outras palavras, cada uma das partes envolvidas quer “ganhar” algo, mas sabe que também precisa ceder um pouco. Nesses momentos, os participantes provavelmente estarão lidando com questões de proteção e ameaça à face (BROWN; LEVINSON, 1987) e precisarão utilizar estratégias interacionais para conseguirem o que querem e, ao mesmo tempo, levar em conta as limitações impostas pelo/a outro/a.

Neste capítulo, trataremos desses diferentes momentos de negociação que emergiram nos dados. As próximas seções tratam dos três tipos de negociações observadas nos dados. A primeira aborda negociações feitas sobre a compra do aparelho chamado glicosímetro, utilizado para medir a glicemia de pacientes com diagnóstico de diabetes. A segunda seção envolve negociações mais ligadas a mudanças de estilo de vida do paciente por causa da doença e a terceira descreve negociações relativas a medicamentos.

5.1 NEGOCIANDO A AQUISIÇÃO DE GLICOSÍMETRO DIGITAL

Como foi mencionado anteriormente, um dos aspectos de análise deste trabalho é a questão do autogerenciamento, ou seja, a possibilidade de o/a paciente tomar decisões acerca da doença no seu dia-a-dia. Para isso, é recomendável que pacientes com diabetes façam o exame de glicemia com um aparelho chamado glicosímetro digital, com frequência mínima de

⁵³ O termo “negociação” é uma tradução livre da palavra usada pela pesquisadora Tanya Stivers em seus artigos (ver capítulo 2). Entendemos que talvez a tradução possa causar estranheza, mas o seu real significado fica mais claro durante a leitura.

uma vez por semana. O exame é feito através da coleta de uma gota de sangue, que geralmente é retirado de um dos dedos da mão do/a paciente, pingado em uma fita que é colocada em um aparelho eletrônico, obtendo em poucos segundos o resultado numérico. Esse aparelho é portátil e, na sua compra, acompanha 50 fitas. Assim que essas fitas acabam, é possível que se adquira somente uma embalagem com as fitas.

Os dois postos de saúde investigados nesta pesquisa possuem o aparelho e as fitas para que as pessoas interessadas em fazer o exame tenham acesso a ele. No entanto, muitos/as dos/as pacientes participantes reclamavam de já terem ido ao posto em dias em que não havia fitas disponíveis, tendo que voltar para casa sem saber se estavam com a taxa de glicemia elevada ou não, prejudicando a questão do autogerenciamento. Por essa razão, em algumas consultas, o médico Geraldo sonda com seus/suas pacientes a possibilidade de aquisição desse aparelho.

A primeira interação que analisaremos é entre Geraldo e o paciente Alan, que descobriu recentemente que desenvolveu diabetes. Essa é a segunda consulta de Alan com o médico para tratar dos cuidados com o diabetes. Ele participa de um grupo de pessoas que se reúne para fazer exercícios que é orientado por alunos de graduação em Educação Física e disse não faltar a um só encontro, uma vez que agora não pode mais trabalhar e precisa ter atividades (Diário de Campo de 30 de dezembro de 2008). Ele afirma que é “muito responsável” com o tratamento, mas que não consegue controlar a “disgrama da diabete” ([Alan]). Por questões didáticas, dividimos a conversa sobre a compra do glicosímetro em partes. O primeiro excerto começa aos quatro minutos e meio de consulta:

Excerto 1: [Alan]

- 156 MÉDICO: [tá bom] mas conseguiu baixar pra <cento e cinquenta e três> (.) com um pouquinho de insulina isso aqui vai entrar nos eixos. .hh tu trabalha em que meu véio?
- 160 ALAN: traba↑lhava. eu trabalho de mecânico de manutenção, (.) mas eu [sou cardíaco]
- 162 MÉDICO: [tá desempregado?
- 163 ALAN: nã::o↑ eu tô encostado no inps [faz três] ano,
- 164 MÉDICO: [(encostado)] tá↓ tu conse:↑gue, comprar um aparelhinho- cento e cinquenta reais? (.) ã- o- cento e cinquenta te du:ra um ano inteiro,
- 168 ALAN: pra medi ali [↑no caso]
- 169 MÉDICO: [pra ↑medi
- 170 ALAN: eu tenho um de ↑pressã:o que mede a pressão e mede a [xxx]
- 172 MÉDICO: [↓não] pra medi a glice↓mia (.) medir o diabetes
- 173 ALAN: ↑não se tem co- é- comprar temos que comprar ↑né

- 174 MÉDICO: sabe onde é que tem ali na:::: >°até vou ver se tem aqui°< farmamellitus é na fr- ali na:::: (.) na galeria do ↑sesi tem uma farmácia só de diabéticos ↓ali
- 178 ALAN: °m:°
- 179 MÉDICO: procure ali aparelho pra medi a glice↓mia (.) °não tenho mais aqui°
- 181 ALAN: mas é esse da fitinha?
- 182 MÉDICO: é ↑esse da fitinha ↑aí

Na linha 156, Geraldo está verificando a carteirinha do paciente que contém todos os exames de glicemia feitos por ele para o controle. Ele lê em voz alta o último resultado, que foi 153⁵⁴, e pergunta se o paciente trabalha, para iniciar a abordagem da questão da compra do glicosímetro. Assim que ele fica sabendo que o paciente está recebendo benefício do seguro social, ele então inicia a sugestão da compra (linha 165), perguntando se o paciente consegue comprar, informando o valor e a duração do aparelho. Geraldo se volta para a condição econômica desse paciente ao argumentar fundamentado no fator custo vs. benefício, complementando a informação com o fato de que esse investimento “dura o ano inteiro” e trazendo a perspectiva de que ao se considerar o tempo, o aparelho possa não ser tão caro quanto pareça a princípio. No momento em que Geraldo propõe a compra, Alan não concorda prontamente e sua reação é, na verdade, uma afirmação de possível compra por obrigação para com o tratamento (linha 173). Geraldo então sugere um local para a compra do aparelho e informa a localização da loja (linhas 174 a 176). Até então, Alan não declarou verbalmente que faria a compra.

Há algumas evidências para sugerirmos que o paciente está apresentando uma certa resistência à oferta do médico. Primeiramente, conforme Schegloff (2007) nos explica, o turno proferido por Geraldo que corresponde às linhas 164 a 167 forma a primeira parte de um par adjacente de proposta-aceitação/rejeição, que torna relevante a segunda parte do par. Neste caso, a resposta preferida é o aceite da proposta de que compre o aparelho. Ainda segundo o autor, quando uma proposta é feita, a falta de uma resposta, como vemos acontecer aqui, é tomada como uma rejeição. Stivers (2002) reitera, apontando que os/as profissionais podem tomar a falta de uma sinalização interacional de aceitação como um tipo de resistência, uma vez que, nos casos de aceitação, algo é tipicamente proferido. No caso da interação sob

⁵⁴ De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, a taxa de glicose considerada normal, em pessoas que não sofrem da doença, é de 70 mg/dl a 99 mg/dl (miligramas por decilitro de sangue) para medições em jejum e inferior a 140 mg/dl para 2 horas após refeições (consulta feita em 07 jan 2009 e disponível em <http://www.diabetes.org.br/diabetes/exames/valoresdeglicemia.php>).

análise, Alan, no turno subsequente, profere o continuador °m:° (linha 178), que não corresponde nem a uma aceitação e nem a uma rejeição.

Heritage e Sefi (1992), em cujo estudo Stivers (2002) também se embasou, analisaram interações entre agentes de saúde e mulheres que tiveram seu/sua primeiro/a filho/a e descreveram que as mães parecem proferir recibos não-marcados (*unmarked acknowledgment tokens*), entre eles os continuadores, em momentos de resistência ao conselho dado pelo/a agente. Os recibos não-marcados, dizem os autores, “embora não envolvam uma evidente rejeição do conselho, [...] representam uma forma de resposta que é resistente ao aconselhamento e que pode insinuar rejeição do conselho que é dado”⁵⁵ (HERITAGE; SEFI, 1992, p.391). Stivers (2004) corrobora esse argumento apontando que em seus dados, “silêncio ou continuadores comunicam uma retenção da aceitação em um momento em que a aceitação é normativamente requerida”⁵⁶ (p.208).

Portanto, esse continuador (linha 178) acaba tendo um papel crucial na interação entre Alan e Geraldo, uma vez que o médico está orientado para a importância de receber a aceitação de sua sugestão. Stivers (2004) entende que a

resistência coloca o médico em uma posição de trabalhar para ‘convencer’ um pai/mãe/paciente a aceitar a recomendação de tratamento proposta, ou oferecer ao pai/mãe/paciente possíveis ou reais concessões por causa da orientação normativa de que pais/mães/pacientes devem aceitar as recomendações de tratamento antes que o médico prossiga para a próxima atividade na visita⁵⁷ (p.211).

Como veremos nos próximos excertos, é exatamente isso o que acontece entre os participantes dessa consulta. Depois da sugestão e da resistência por parte do paciente, a consulta prossegue no mesmo tópico, conforme o segundo excerto:

Excerto 2: [Alan]

183 ALAN: mas ele diz que agora o novo prefeito aí o:- não vai
deixar faltar mais ↑fitinha
185 MÉDICO: ô::- e- eu tô- tô funcionário há vinte ↑anos
186 ALAN: °↑m:°
187 MÉDICO: daí quando eu entrei era o ↑(malta) não era o
↑(cardoso) (.) o (cardoso) prometeu que não ia

⁵⁵ Although they do not involve the overt rejection of advice, [...] represent a response form that is resistant to advice giving and that may imply rejection of the advice that is given.

⁵⁶ silence or continuers communicate a withholding of acceptance in a sequential environment where acceptance is normatively required.

⁵⁷ resistance puts the physician in a position of working to “convince” a parent/patient to accept the proposed treatment recommendation, or offering the parent/patient possible or actual concessions because of the normative orientation that parents/patients must accept the treatment recommendations before physicians proceed to the next activity in the visit.

- faltar nada e faltou↓ .hh depois do (cardoso) veio o (malta) que também prometeu e ↑faltou .h depois veio o (silva) durante oito anos que também ↑faltou .h e ago@ra@ veio o (souza) que faltou↓ e daí véio? (.) eu boto bem claro- a saúde é tua- tu vai ficar esperando- eu eu a- sou amigo do:: do ↑(pinheiro) (.) a:: esposa dele era minha colega de ↑aula .h mas tu vai esperar por político? (.) é::: é a tua [saúde]
- 199 ALAN: [xx xx] né
- 200 MÉDICO: ↑tá:
- 201 ALAN: aí[:: xx]
- 202 MÉDICO: [e- eu] boto bem ↓claro <se tiver todas as semanas> tu vai ter um exame aqui outro em ↑ca:sa vai ser melhor pra ↑ti (.) >agora< tu não vai depender de ↑ninguém (.) o brabo é (isso aí) >isso aqui tu vem aqui< nã:o ↓tem e daí?
- 207 ALAN: é
- 208 MÉDICO: e quantas vezes tu veio aqui e não ↑tem
- 209 ALAN: a:: eu já [xxx xx] uma
- 210 MÉDICO: [cla:ro]
- 211 ALAN: (coisa aí)
- 212 MÉDICO: exa:tamente ↑isso (.) [eu prefiro que tu compre-]
- 213 ALAN: [eu- eu vou xxx xxxx xxx] no grupo >porque o senhor sabe que eu faço parte do grupo [toda xxx]<
- 216 MÉDICO: [eu: se::i]
- 217 ALAN: xxx .hh era pra ser toda segunda-feira <prioridade dos diabético> [xxxx] que frequenta
- 219 MÉDICO: °[tá ma:s]°
- 220 ALAN: o grupo=
- 221 MÉDICO: =eu não quero fa[lar mal-]
- 222 ALAN: [chega (amanhã)] não tem ↑nada
- 223 MÉDICO: eu não quero falar do próximo prefeito só que assim ó (.) <é o teu que tá na reta>
- 225 ALAN: mas eu ↑vou ir [xxx] na posse ↑dele
- 226 MÉDICO: [@@@]
- 227 ALAN: xxxx
- 228 MÉDICO: ca:ra ca:ra e- e- eu to discutindo outra coisa (.)
- 229 ALAN: >quero chegar [eu quero falar né< (.) pô (qual é)]
- 230 MÉDICO: [<nã o importa> e- el- ã- ele- ã]
- 231 >só um pouquinho< terminando o dinheiro >que que ele vai fazer<?
- 233 ALAN: a:o- gasta do ↑de:le dos dos dezoito mil que ele ganha por ↑mês
- 235 MÉDICO: então coloca tua saúde nessa aí
- 236 ALAN: @@@@ .hh
- 237 MÉDICO: passa lá, compra o aparelhi:nho,=
- 238 ALAN: =>(acho [que] é melhor né)<
- 239 MÉDICO: [xxx]

No ano em que aconteceu a coleta de dados, as cidades brasileiras escolheram novos prefeitos e, na cidade em questão, a administração municipal da época não conseguiu a

reeleição e o partido de oposição assumiria a partir do ano seguinte. Essa questão política acaba entrando na conversa dos interagentes, a partir do fato de o posto de saúde não ter, algumas vezes, fitas disponíveis para o exame de glicemia. Alan diz que as fitas não vão mais faltar para contrapor a ideia da compra do aparelho (linha 183). Essa afirmação pode ter sido feita de forma irônica, no entanto, Geraldo não se orienta para isso e toma o turno para iniciar o que parece ser uma história (linha 185), ao que Alan se alinha ao proferir um continuador (linha 186) que Schegloff denomina *go ahead* (SCHEGLOFF, 2007, p.30), encorajando o médico a seguir com sua história. Das linhas 187 a 198, o médico relata sua experiência com as outras administrações públicas para reiterar seu argumento da importância da compra do glicosímetro. Nesse mesmo turno, ele complementa com o fato de que é amigo do prefeito eleito, podendo sugerir que ele teria razões para acreditar que dessa vez ele não deixaria faltar fitas (ou pelo menos para “defender” seu amigo).

Na linha 202, Geraldo retoma o turno para adicionar mais um argumento em favor da compra do aparelho, dizendo que, mesmo que o posto tenha fitas para fornecer, a compra ainda é positiva, pois Alan poderá fazer um exame no posto e outro exame em casa, sem depender de ninguém. Alan concorda com os argumentos trazidos pelo médico (linha 207), mas ainda assim aponta mais uma questão sobre a falta de fitas no posto. Ele lembra o médico que faz parte de um grupo de pessoas que teria prioridade na realização de exames no posto (linhas 213 a 218) e que, mesmo assim, não há material disponível. Em seu próximo turno, Geraldo utiliza uma expressão bastante popular para reforçar sua argumentação (linha 224) e mais adiante até fala sobre a possibilidade de a verba acabar. Em seguida, questiona Alan sobre a impotência do prefeito num momento como esse (linhas 228 a 232), o que parece ser tratado de forma jocosa por Alan, observado por suas risadas logo após dizer que o prefeito deveria comprar com seu salário (linha 233).

Podemos observar que mesmo depois de tanto trabalho interacional, Alan ainda não afirmou que vai realizar a compra e essa pode ser a razão de essa sequência ainda não ter sido fechada. O par adjacente proposta-aceitação/rejeição aberto pelo médico nas linhas 164 a 167 segue em aberto porque Alan ainda não verbalizou uma resposta ou, nos termos da AC, a próxima ação relevante. Neste excerto da interação, Alan somente afirma, na linha 238, que *acha* que é melhor que ele faça a compra, com entonação ascendente, parecendo pedir uma confirmação do médico.

No terceiro e último excerto, apresentamos a resolução do assunto que vem sendo tratado pelos interagentes.

Excerto 3: [Alan]

- 240 ALAN: mas esse aí é aqueles de fitinha?
 241 MÉDICO: esse que tem aí ó é o mesmo=
 242 ALAN: =mesmo?=
 243 MÉDICO: =é:
 244 ALAN: nã- mas esse aí eu compro da minha mulher que ela vende pra uma ↑revista
 246 MÉDICO: e-
 247 ALAN: as fitinha daí tem que comprar noutro lugar
 248 MÉDICO: tem aí é xxx igual ao que tem na revista?
 249 ALAN: é:: igualzinho a esse que o senhor tem ↑aí
 250 MÉDICO: entã:::o xxx xxx comprar logo @@@@
 251 ALAN: @@@@
 252 MÉDICO: ↑não sabe porque que eu falo ↑isso é: porque tu tem ma- tu tem garantido em ↑ca:sa
 254 ALAN: ↑é::
 255 (1)
 256 MÉDICO: meu interesse não é fazer política senão eu tava fazendo propa↓ganda=
 258 ALAN: =mas sabe o que que eu já pensei em ↑fazer comprar um potinho de fitinha daquele >cada vez que vim aqui< (.) trazia junto (.) ó tá aqui a fitinha pode medi [xxx]
 262 MÉDICO: [tá] mas se tu vai ↑comprar tu já faz em ↑casa (.)[(vai)per]der tempo vindo
 264 ALAN: [tá mas-]
 265 MÉDICO: até aqui
 266 ALAN: mas é que daí eu dou uma olhada pras menina ali né
 267 MÉDICO: ã:?
 268 ALAN: daí eu dou uma [olhada xx]
 269 MÉDICO: [mas vem] olhar as guria igua:l né=
 270 ALAN: =mas daí elas [xxx]
 271 MÉDICO: [@@@]@@@@@
 272 ALAN: @@@@
 273 MÉDICO: ein==
 274 ALAN: =a::- o senhor não quer eu olhe [pra elas] né
 275 MÉDICO: [nã:o-]
 276 e outra ↑coisa
 277 ALAN: é ele que quer [xx]
 278 MÉDICO: [nã:o] se tu tiver o aparelho tu mede a- >por exemplo< na segunda em casa e vem aqui na ↑quinta-feira
 281 ALAN: é ↑né
 282 MÉDICO: continua ↑medindo- mede mais ↑vezes pra ti é mais tranquilo
 284 ALAN: é
 285 MÉDICO: entendeu?
 286 ALAN: vou comprar esse ↓aparelhinho
 287 MÉDICO: ↑co:mpra (.) eu acho que vai ser muito bom pra ↑ti (.) <(efedipina) (.) de vinte miligra:mas, (2) um comprimido às seis, às catorze (.) e vinte e duas horas> (.) já tava tomando assim né?
 291 ALAN: já

Nesse excerto, Alan faz novamente uma pergunta (linha 240) que já havia feito antes na linha 181 (excerto 1), parecendo querer se certificar de que ele entendeu de que aparelho estão falando. Depois que o médico confirma (linha 243), Alan e Geraldo falam sobre um aparelho que a esposa de Alan vende em uma revista (linhas 244 a 251) e o médico, em seus próximos dois turnos, continua argumentando a favor da compra do aparelho (linhas 252 a 257). Nesse momento, Alan, que ainda não declarou que vai de fato comprar o aparelho, fala sobre a hipótese de comprar fitas e trazer para o posto (linhas 258 a 261), que é refutada por Geraldo por achar inconveniente ele ter que vir ao posto fazer o exame, visto que terá como fazer em casa (linhas 262 a 265). Alan aborda a questão de ele não mais poder dar uma “olhada pras menina” (linha 266) (provavelmente as atendentes), caso ele não venha mais ao posto, e isso é tratado pelos participantes como uma brincadeira evidenciada pelos risos (linhas 271 e 272).

Na linha 273, Geraldo profere “ein”, que pode ser um marcador discursivo identificando uma pista de contextualização (GUMPERZ, 1998) para a troca de assunto ou retorno ao assunto anteriormente em pauta. Esse marcador pode também indicar a mudança de um enquadre interacional de conversa “jocosa” para uma conversa “séria” (TANNEN; WALLAT, 1998). É possível afirmar isso porque nos turnos seguintes, Geraldo ainda se mostra em busca da aceitação sobre a sua proposta de compra do glicosímetro digital (linhas 276, 278 a 280, 282 e 283). Entretanto, Alan não se alinha a essa sinalização e por mais dois turnos (linhas 274 e 277) continua falando sobre “olhar as meninas” do posto. Somente na linha 281, Alan se afilia ao que Geraldo propunha e finalmente, na linha 286, ele realiza a segunda parte do par adjacente, afirmando “vou comprar esse aparelhinho”, o que é ratificado por Geraldo na linha 288.

Stivers aponta que “a estrutura sequencial das recomendações sobre o tratamento tipicamente envolvem uma recomendação seguida pela aceitação do/a paciente/pai/mãe, e somente então a mudança para outro assunto ou fechamento do encontro”⁵⁸ (2004, p.205). Em concordância com o que assevera a pesquisadora, os participantes da interação analisada só fecham essa sequência depois que Alan afirma que vai comprar o aparelho, ou seja, a aceitação da proposta do médico. Após essa aceitação, os participantes iniciam outra sequência interacional e não voltam a falar sobre a compra do aparelho em nenhum outro momento dessa consulta.

⁵⁸ the sequential structure of treatment recommendations typically involves a recommendation followed by parent/patient acceptance, and only then shift to other business or closure of the encounter.

Em outra consulta, desta vez com uma paciente que chamamos de Lilia, o médico também aborda a questão da compra do aparelho. Essa paciente já consulta há alguns anos com o médico Geraldo. O excerto abaixo começa aos trinta e cinco segundos de consulta.

Excerto 3: [Lilia]

25 LILIA: só que a diabete ontem tava trezentos e ↓trinta
 26 MÉDICO: tá mas e tu [xx-]
 27 LILIA: [eu] vou querer fazer exame de
 labora↑tório °[dessa vez:]°
 29 MÉDICO: [quando é que] tu mediu ã ã::: antes
 (.) de ontem?
 31 LILIA: a já fazia umas::: >três semana eu acho não tinha
 ↑fita<
 33 MÉDICO: a não tinha aqui?
 34 LILIA: °não tinha [xxx]°
 35 MÉDICO: [.hh] que que tu acha de comprar um
 aparelho lilian? (.) pra [usar em casa]
 37 LILIA: [a::: se eu] tivesse
 dinhe::iro eu ia [comprar @ @ @ @ @ @ @ @ @ @ @]
 39 MÉDICO: [olha aqui ó vamo- eu vou botar]
 bem claro pra ti ó
 41 LILIA: [.h o tá o aparelho não é:-]
 42 MÉDICO: [o nome da porcaria-]
 43 LILIA: o aparelho não é caro o que é caro é a fita ↑né
 44 MÉDICO: não é ↓caro vou te ↓provar (1) ((pega um papel para
 escrever)) <performa> (1) <da rocha> (.)↑tá:: (1)
 são cinquenta tiras <cinquenta tiras> ((escrevendo))
 (1) <isso aqui te sai (.) cem reais>
 48 LILIA: @
 49 MÉDICO: ↑certo
 50 LILIA: acha isso ↑barato=
 51 MÉDICO: =<se tu fizer [duas] vezes por semana>
 52 LILIA: [@@]
 53 (3)
 54 MÉDICO: vai te dar isso aqui- cem reais pra seis meses (.)
 me diz que é ↑caro
 56 (1)
 57 LILIA: ↑é (1) pra quem tem dinheiro não é ca[ro mas xxx]
 58 MÉDICO: [t- ↑não mas]
 59 aqui ↑ó
 60 LILIA: @=
 61 MÉDICO: =em seis meses gasta mais de cem reais em ↑porcaria
 62 (1)
 63 LILIA: que tipo?
 64 MÉDICO: ↑tá:
 65 LILIA: por exemplo? (1) que tipo@ de@ po@rcaria@? [@@@]
 66 MÉDICO: [po-]
 porcariuzinha que tu compra pros ne:::to, que tu
 compra [xxx-]
 69 LILIA: [coita::]dos dos meus ↑neto eles é que andam
 me ajudando e não eu ajudando ↑eles ((fala rindo))

- 71 MÉDICO: vinte reais por mês (2) >não dá vinte reais por mês nada< dá ↓menos cem reais pra seis meses dá muito ↓menos
- 74 LILIA: vou ↑ten[tar]
- 75 MÉDICO: [se:]is meses por cem ↑pila
- 76 LILIA: °vou ↑tentar°
- 77 MÉDICO: tá?
- 78 LILIA: °tá°
- 79 MÉDICO: >por exemplo< se tu comprar agora vai durar até o fim de ↑junho
- 81 (2)
- 82 LILIA: °é vamos pensar°
- 83 MÉDICO: pede de ↑nata::l pra essa ↑turma
- 84 LILIA: pois ↑é >acontece que a alemoa aquela que veio comigo aqui a última vez que eu ↑consultei< .hh foi embora pra santa catarina e eu não consigo mais me comunicar com ↑ela
- 88 MÉDICO: ↑guria ã- é a tua ↑saúde >que nem agora< tu tá com trezentos- quando é que foi? a: tô há três semanas ↑assi:m ((imitando paciente))
- 91 (1)
- 92 LILIA: >eu nã- ↑não< antes tava ↑menos
- 93 MÉDICO: ↑tá mas há [três semanas] que tu não ↑medi::a
- 94 LILIA: [aí:::~::~:]
- 95 MÉDICO: [@ @]
- 96 LILIA: [que] eu não media né
- 97 MÉDICO: ↑então é- é:: esse o ↑risco=
- 98 LILIA: =e domingo ainda fui numa festa ainda comi to::rta:[:::] ((fala como se tivesse cantando))
- 100 MÉDICO: [olha] aí ó
- 101 LILIA: @ [@ @ tava muito bom @ @]
- 102 MÉDICO: [ol- ói- ói- olha aí] (.) olha aí ó [a:::]
- 103 LILIA: [eu fui] no chá de panela da minha ↑neta não ia deixar de comer uma torta bem ↓gostosa @ @ @

Lilia reporta o mesmo problema sobre as fitas mencionado pelo paciente Alan (linhas 31 e 32), e Geraldo usa o momento para abordar a possibilidade de compra do glicosímetro digital (linhas 35 e 36). Lilia, mesmo que em tom de brincadeira evidenciada pelos risos, diz que não tem condições financeiras para adquirir o aparelho e o médico pega um papel para calcular e “provar” que não é caro (linha 44). Mais uma vez, Geraldo faz uso do argumento que relaciona o investimento e o tempo que a paciente utilizará o aparelho (linha 54) e parece desafiar a paciente a dizer que é caro (linha 55). Lilia afirma que sim, que o aparelho é caro (linha 57), acrescentando que talvez não seja para quem tem dinheiro. Para confrontar esse argumento de Lilia, Geraldo afirma, na linha 61, que ela gasta mais de cem reais em porcaria em seis meses. Desta vez, quem parece propor um desafio é Lilia, que pergunta “que tipo?” (linha 63), mas ao que o médico parece não se afiliar, o que faz com que ela tenha que repetir

a pergunta mais duas vezes (linha 65). Desta vez, Geraldo responde com um exemplo (linhas 66 a 68), sendo refutado por Lilia nas linhas 69 e 70. A paciente profere esse turno sorrindo, o que pode ser interpretado como uma brincadeira, mas Geraldo não se alinha e continua falando sobre o investimento para a compra do aparelho (linhas 75 e 79). Lilia afirma que vai tentar adquirir o aparelho (linhas 74 e 76) e Geraldo insiste no argumento, até sugerindo que ela peça de presente de Natal (linha 83). A paciente relata um acontecimento que é provavelmente relacionado a sua família (linhas 84 a 87), mas Geraldo não dá continuidade a esse assunto, selecionando mais um argumento para a compra do aparelho, o de que é perigoso para uma pessoa com diabetes ficar com a taxa de glicemia alta por muito tempo (linhas 88 a 90). Na linha 98, a paciente reporta mais um fato importante sobre sua dieta e logo a seguir o médico resolve pedir que a paciente vá até o ambulatório do posto e faça um exame de glicemia para verificar como está a taxa de glicose no sangue naquele momento (dados não mostrados).

Essa conversa sobre a compra do aparelho se desenvolve de forma diferente da que foi reportada com o paciente Alan, analisada anteriormente. Nessa consulta, a paciente não afirmou que adquiriria o glicosímetro digital, chegando somente a dizer que iria pensar (linha 82). Jung Lau e Ostermann (2005), ao descrever interações entre teleoperadores de telemarketing e clientes, observaram um fenômeno semelhante no momento da rejeição da compra. Segundo as autoras, os/as clientes oferecem uma segunda parte "alternativa" à primeira parte de oferta de compra do cartão de crédito, sem proferir necessariamente uma rejeição ou uma aceitação. As pesquisadoras também apontam que essa resposta alternativa parece ser “uma estratégia de postergação do aceite [...], atenuando, dessa forma, sua ação de rejeição” (p.83). Da mesma forma, Lilia oferece uma alternativa como segunda parte do par adjacente sugestão-aceitação/rejeição (°é vamos pensar°) e, assim, ela pode postergar a decisão de fazer um investimento que, segundo ela, é bastante caro.

Geraldo parece se alinhar à despreferência da sua oferta, evidente na prestação de contas que ele oferece a Lilia ao dizer “é a tua saúde” (linha 88), justificando sua sugestão de compra do glicosímetro. Segundo Stivers (2004), “prestar contas, parte de um turno tipicamente despreferido, também trabalha na busca pela aceitação do paciente uma vez que, novamente, a aceitação é relevante”⁵⁹ (p.220). Podemos dizer que a resposta alternativa faz com que seja difícil para o médico “exigir” uma resposta definitiva. Ainda assim, através da prestação de contas, ele também demonstra que a aceitação seria a resposta preferida.

⁵⁹ account, part of a typical dispreferred turn [...], also works to pursue parent acceptance since once again, acceptance is relevant.

Essa expressão utilizada pelo médico (“é a tua saúde”) é bastante parecida com a expressão que ele utiliza na consulta com Alan, transcrita no excerto 2, linha 224 (“é o teu que tá na reta”). Podemos afirmar que ambas estão relacionadas ao autogerenciamento e à aderência, uma vez que apontam a responsabilidade que cada paciente tem sobre o seu tratamento e a possibilidade de eles mesmos se manterem mais saudáveis. Essa questão da responsabilização é recorrente em nossos dados, tanto que o capítulo seis deste estudo aborda o tema da moralidade e traz à tona aspectos relacionados ao/a paciente ser ou não responsável sobre o seu próprio estado de saúde.

Na próxima seção, trataremos de negociações de outra natureza, mais relacionadas a mudanças de comportamento que o/a paciente precisa assumir para obter sucesso no tratamento. Veremos como o médico impõe restrições e/ou faz concessões em relação às recomendações indicadas aos/às pacientes.

5.2 NEGOCIANDO A MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA

Um importante estudo realizado por David Silverman (1987) sobre interações entre médicos/as e adolescentes com diabetes aponta para um dilema que esses/as profissionais precisam enfrentar. Pacientes com diabetes precisam de orientação para que tenham autonomia nas decisões sobre o gerenciamento da doença no dia-a-dia. Ao mesmo tempo, médicos/as necessitam exercer um certo controle sobre essa autonomia para regular as decisões tomadas pelos/as pacientes levando em consideração seu conhecimento científico sobre a doença. Com isso, o dilema está na medida entre a autonomia e o controle profissional que o/a médico/a deve imprimir: “Médicos/as se transformam em policiais por uma consequência involuntária do seu desejo de reconhecer a autonomia do/a paciente, e ao mesmo tempo de estarem comprometidos com seu papel profissional de detecção e tratamento da doença”⁶⁰ (SILVERMAN, 1987, p.215).

Segundo Silverman (1987), os médicos estudados usavam cinco diferentes particularidades interacionais, sendo uma delas a que ele chamou de “negociações” e a que ele classificou como “uma maneira de equilibrar as demandas da autonomia e responsabilidade”⁶¹ (p.218). Nos dados coletados para esta pesquisa, um momento de negociação entre Geraldo e o paciente Pedro parece se alinhar com essa necessidade. O excerto abaixo começa aos quatro

⁶⁰ The medical staff become policemen as an unintended consequence of their desire to recognize their patients' autonomy, while being committed to their professional role of the detection and treatment of disease.

⁶¹ one way of balancing the demands of autonomy and responsibility...

minutos de consulta, depois que Pedro reportou que já não está mais sentindo a ponta do pé⁶², que anda muito cansado e que não tem conseguido se alimentar bem, pois a cada vez que tenta fazer uma refeição, acaba se sentindo enjoado.

Excerto 5 [Pedro]

62 PEDRO: porque:: eu não consigo caminhar ↑mais
 63 MÉDICO: °tá°
 64 PEDRO: é- e:u não consigo ficar me pé (.) o dia todo >que
 essa perna aqui me dói< (.) me dói ↑[muito]
 66 MÉDICO: [nã:- tu-] tu
 tá faz- tu tá tomando muito ↑estimulante (.) e
 isso aí acaba com teu ↓apetite >acabando com teu
 ↑apetite acaba com o ↓tratamento<
 70 PEDRO: eu não consigo ↑comer eu vou co[mer me dá xxxx]
 71 MÉDICO: [tá então vamos]
 botar bem claro <chimarrão>,
 73 PEDRO: não
 74 MÉDICO: ↓não (.) café,
 75 PEDRO: bastante
 76 MÉDICO: cigarro,
 77 PEDRO: bastante
 78 MÉDICO: tu consegue continuar com o cigarro e parar com o
 café?
 80 (2)
 81 PEDRO: °consigo° acho que ↓consigo
 82 MÉDICO: ↓certo °então° a proposta que eu tenho pra ti é o
 ↑seguinte (.) parar com o ↑café e vamos começar a
 comer ↓<pouquinho> naquele velho ritmo que a gente
 tinha xxx ↓estabelecido (.)↑tá <não quero
 ↓quantidade> [se tu comer] meia fatia de pão
 87 PEDRO: [x x xxxx]
 88 MÉDICO: de cada ↑vez pra mim tá ↓bom ((batidas na porta
 enfermeira abre)) só que assim ↑ó de manhã de duas
 em duas ↑horas e de tarde de três em ↓três
 91 ENFERMEIRA: o senhor quer um café com quê?
 92 MÉDICO: ã?
 93 ENFERMEIRA: o senhor quer um café?
 94 MÉDICO: @@@@[@@@@@@@@@@@@]
 95 PEDRO: [@@@@@@@@@@@@@]
 96 PESQUISADORA: [@@@@@]

No turno de Geraldo que começa na linha 66, ele explica a provável causa de Pedro estar se sentindo tão mal nos últimos dias, que seria o uso excessivo de substâncias estimulantes. Logo a seguir, Geraldo lista alguns hábitos que são estimulantes para verificar

⁶² O pé de uma pessoa com diabetes precisa ser monitorado constantemente. Existe um termo chamado pé diabético que, segundo Milman *et al* (2001), é “caracterizado pela presença de lesões nos pés em decorrência das alterações vasculares e/ou neurológicas peculiares do [diabetes]”. Além disso, os autores salientam que “é a causa mais comum de amputações não traumáticas” (p.448)

de quais o paciente faz uso (linhas 72 a 77). Com essa informação, o médico pergunta se o paciente conseguiria continuar somente com o hábito do cigarro e parar com o café (linha 78 e 79) e o paciente, depois de uma breve pausa e em volume baixo, diz que acha que consegue (linha 81). Nesse momento, Geraldo propõe a negociação (ou proposta, como ele mesmo chama), a de parar definitivamente com o café para que o paciente possa começar a se alimentar adequadamente. Depois de algumas explicações, a conversa é interrompida por uma enfermeira que, casualmente, vem oferecer café ao médico, o que faz com que todos no consultório comecem a rir da coincidência.

Essa negociação proposta por Geraldo reflete as noções de autoridade e autonomia que Silverman (1987) aponta e que, por sua vez, estão ligadas a questões tanto de resistência ao tratamento quanto de comprometimento para com ele. Segundo Rotter e Hall (1992),

a autoridade médica é vista como parte dos serviços de um *expert* – um paciente segue as ordens do médico porque se tem por certo que as ordens são cientificamente embasadas e são para o seu bem.[...] [E]ntretanto, pacientes podem resistir às ordens médicas e declarar a intenção de seguir suas próprias inclinações. Esse afastamento da autoridade pode ser visto como uma expressão de autonomia do paciente – o poder de resistir à vontade do médico⁶³ (p.21).

É sabido por todos que o cigarro é altamente prejudicial à saúde de qualquer pessoa. No caso de pacientes com diabetes, o risco é potencializado, uma vez que a doença em si já afeta o sistema cardiovascular⁶⁴. Ainda assim, Geraldo prefere negociar com o paciente, que está praticamente dependente de dois hábitos que vêm atrapalhando o tratamento do diabetes. Geraldo se vale de sua autoridade, ou seja, de seu conhecimento, para dar uma ordem para Pedro, mas, ao mesmo tempo, se orienta para uma possível resistência que o paciente poderia apresentar caso ele cortasse os dois hábitos de uma só vez. Sendo assim, ele se volta para a autonomia que Pedro poderia exercer e já se adianta, oferecendo uma negociação.

Torna-se relevante observar que o médico profere seu turno da proposta/negociação no formato de pergunta, o que pode ser interpretado como uma alternativa de tratamento e não uma decisão final tomada pelo médico. Isso também se alinha ao que assevera Stivers (2002), que diz que “ao oferecer este procedimento como uma alternativa, [...] o médico trata a

⁶³ Medical authority is viewed as part and parcel of the services of an expert – a patient follows the doctor’s orders because it is assumed that the orders are scientifically based and well-meaning. [...] however, patients may resist doctor’s orders and declare an intention to follow their own inclinations instead. This withdrawal of authority can be seen as an expression of patient autonomy – the power to resist the physician’s will.

⁶⁴ Além disso, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, a combinação de cigarro e insulina “pode aumentar a pressão arterial, sobrecarregar a função do coração e agravar a insulino-resistência” (disponível em <http://www.diabetes.org.br/imprensa/entrevistas/index.php?id=335>)

decisão sobre o curso de ação como sendo feita de forma conjunta entre paciente e médico”⁶⁵ (p.1115).

Ainda que não seja possível ter acesso aos critérios utilizados por Geraldo para essa negociação, ou seja, o porquê de ele ter sugerido ao paciente a continuidade do cigarro e não do café, o que se pode afirmar é que o médico parece compreender que a negociação é um dos caminhos para induzir Pedro a fazer a adesão ao tratamento. Ao apontar uma meta realística para o paciente, Geraldo se alinha com o que Silverman (1987) sugere para se obter sucesso no controle da glicemia. Baseado em Rosenbloom (1984), Silverman afirma: “ao oferecer objetivos realísticos, ao invés de fazer exigências irreais, um círculo vicioso de resistência é evitado e um acordo [...], é mais provável”⁶⁶ (p.223).

Por outro lado, essa afirmação de Silverman apresenta uma pequena característica diferente. Ele sugere que se mude o foco da consulta médica de “policimento” (*policing*) para “autorregulação” (*self-regulation*), em que o/a paciente define e sabe de suas necessidades. No caso da consulta entre Geraldo e Pedro, quem faz a proposta é o médico e, de acordo com a sugestão do pesquisador, teria sido mais eficaz se o médico tivesse induzido Pedro a fazer sua própria proposta.

A seção seguinte relata momentos em que o médico e uma paciente negociam o tipo de medicação a ser utilizada no tratamento.

5.3 NEGOCIANDO A MEDICAÇÃO

Os/as pacientes investigados/as nessa pesquisa precisam lidar com muitos tipos de medicamentos, tanto por conta do próprio diabetes quanto por causa de co-morbidades. Durante a coleta de dados, foi possível perceber que alguns/mas pacientes manifestavam suas preferências por determinados medicamentos e também relatavam eventuais problemas que porventura tinham com alguns deles.

Nesta seção, descreveremos como o médico e uma paciente negociam questões ligadas à medicação. De um lado, o médico, que tenta fazer uso de sua *expertise* e prescrever o medicamento mais apropriado para sua paciente. De outro lado, a paciente, que tenta fazer valer suas experiências com o medicamento e reverter a situação que, muitas vezes, não está confortável para ela.

⁶⁵ by offering this procedure as an alternative, [...] the physician treats the decision of a course of action as one which is being made jointly by the parent/patient and physician.

⁶⁶ By offering realistic goals, rather than by making unrealistic demands, a vicious circle of resistance is avoided and compliance [...], is more likely.

A interação que analisaremos aqui é entre Geraldo e a paciente Marta. Já no começo da consulta, ela avisa o médico que ele vai se assustar com o resultado do exame de glicemia dela, que está bastante alta. Os interagentes falam sobre a dieta de Marta por algum tempo e depois começam a falar sobre a medicação. Logo que ele toca nesse assunto, a paciente diz que não suporta mais o remédio que ele havia receitado, chamado Glifagem. Depois que o médico preenche o prontuário, eles prosseguem falando da medicação. Examinaremos um primeiro momento da consulta no excerto abaixo:

Excerto 6 [Marta_1]

122 MÉDICO: °ahhhhh guria tu é danada tá comendo x-° quantos quilos tu ganhô?
 124 (1)
 125 MARTA: eu tô per↑dendo porque até chá eu tô tomando. eu comecei [a tomá chá]
 127 MÉDICO: [emagreceu]?
 128 MARTA: eu emagreci. esses dia eu tava com mais barriga [hoje (até)-]
 129
 130 MÉDICO: [tá eu vô sê] sincero contigo
 131 MARTA: ã::,
 132 MÉDICO: com quatrocentos e pouco, se tu não recuperá, eu sô obrigado a te dá insulina direto=
 134 MARTA: =u:i:: eu não quero i:sso
 135 MÉDICO: não depende de tu querê. [depende] de tu:: fazê
 136 MARTA: [a:::i:]
 137 MÉDICO: o teu derramezinho e ficá lá no hospital
 138 MARTA: nã::o.
 139 MÉDICO: então. vamo botá bem claro. <com essa medida tu vai pra insulina já> (1) ↑entã:o <hoje é terça-feira (.) tu vai começá a come direitinho,=
 142 MARTA: =u:h[u:m]
 143 MÉDICO: [pa]ssa sexta-feira de manhã, e vamo vê o que que é a tua: (.) se é só da tua boca (.) porque eu não posso deixá tu desse ↑jeito
 146 MARTA: u:hu:m
 147 MÉDICO: tá::? então isso aí é::,-
 148 (4)

No excerto acima, vemos um primeiro movimento de Marta rejeitando a indicação de insulina (linha 134) feita pelo médico. De acordo com um documento organizado pelo Ministério da Saúde sobre os cuidados básicos com o diabetes, o diabetes tipo II, diagnosticado na paciente em questão, é mais comumente tratado com antidiabéticos orais, como o mencionado Glifagem, usado por Marta. No entanto, o documento alerta que não se descarta a prescrição da insulina em casos mais graves (BRASIL, 2006, p.25). Como a taxa de glicose no sangue de Marta está bastante alta, o médico sinaliza a possibilidade de ele ser

“obrigado” a receitar a insulina para ela, indicando também que ela corre risco de sofrer um derrame (linha 137). A partir dessa resistência ativa⁶⁷ de Marta, o médico cede mais algum tempo para ela retomar a dieta e o controle glicêmico (linhas 139 a 145), até para que ele se certifique de que o problema é realmente o fato de ela estar se alimentando mal.

Depois do momento acima, o médico investiga com mais detalhes como a paciente tem se alimentado, constatando que ela não está seguindo a dieta indicada. O excerto abaixo ocorre logo após essa constatação, em que eles voltam a falar sobre medicação:

Excerto 7 [Marta_1]

187 MÉDICO: tu tem a tua medicação?
 188 MARTA: qual?
 189 MÉDICO: o re- os remédios tu tem?
 190 MARTA: eu não te:nho:=
 191 MÉDICO: =terminou há quanto tempo?
 192 MARTA: eu pegue:i- eu quero uma receita [agora]
 193 MÉDICO: [tá mas] quando-
 terminou já teus remédios?
 195 MARTA: semana retrasada.
 196 MÉDICO: h hh ((ri baixo))
 197 MARTA: h ((ri baixo))
 198 MÉDICO: .hhh a::i:hh guria tu tá pedindo pra complicá né?
 199 (1)
 200 tu sabe que negro faz derrame fácil.
 201 MARTA: ah preto faz.
 202 MÉDICO: e tu tá pedindo pra fazê o teu
 203 MARTA: DE NOVO NÃ::O
 204 MÉDICO: mas com quatrocentos tu- tá correndo melado nas
 tuas ↑veias
 206 MARTA: uhum
 207 MÉDICO: tu tá ↑pedi:ndo tu tá ↑provoca:ndo
 208 (1)
 209 não sou ↑eu @ @
 210 MARTA: sabe qual é meus remédio né?
 211 (2)
 212 mas eu vô continuá com esse glifagem aí?
 213 (1)
 214 MÉDICO: >ué< posso te dá ↑insuli:na
 215 MARTA: NÃO EU NÃO quero.
 216 (2)
 217 MÉDICO: tu pode ↑escolhê
 218 MARTA: não fico com ele mesmo.
 219 (2)

⁶⁷ Ver capítulo 2, seção 2.1.5.

A situação de Marta parece se revelar mais grave a cada momento da consulta. Nas primeiras linhas desse excerto o médico descobre que ela também já estava sem tomar medicação há duas semanas (linhas 187 a 195). Novamente, Geraldo alerta a paciente para as consequências de ela ficar sem remédios e também de se alimentar mal, reiterando a possibilidade de ela sofrer um derrame e acrescentando que o grupo étnico-racial do qual ela faz parte potencializa esse risco, uma informação que ela parece já conhecer (linhas 198 a 202). Na verdade, na linha 203, Marta sugere já ter sofrido um derrame, mas isso não se torna tópico da conversa⁶⁸, pois o médico continua falando sobre a condição atual de saúde da paciente.

Enquanto eles estão conversando, Geraldo está escrevendo as prescrições dos remédios e, por isso, na linha 210, Marta pergunta se o médico sabe de que remédios ela precisa, ao que o médico sinaliza que sim com a cabeça. Logo em seguida, a paciente relembra sua preocupação em ter que continuar tomando o Glifagem, do qual ela já havia reclamado anteriormente. O médico responde à reclamação dizendo que ele pode trocar por insulina (linha 214), algo que até poderia soar jocoso considerando a reação anterior da paciente à sugestão. Mais uma vez, a paciente demonstra sua contrariedade em iniciar um tratamento com insulina, fazendo isso transparecer mais ainda pelo alto volume de sua fala. O médico diz que ela pode escolher, mas ela afirma, novamente, que não quer a troca (linhas 217 e 218).

A consulta analisada pode ser um exemplo da força de negociação que um/a paciente pode exercer no momento em que está interagindo com o médico. Tomando por base um dos estudos de Stivers (2004), verificamos que Marta oferece resistência ativa, pois ela faz com que o médico se posicione frente a essa resistência. No excerto 6, o médico parece estar inclinado a receitar o tratamento com insulina, mas o fato de a paciente ter refutado com bastante ênfase pode ter refletido na sua decisão, oferecendo mais algum tempo para que a paciente retome a dieta.

No excerto 7, a resistência ativa de Marta é feita em relação ao medicamento Glifagem. O turno de Marta (linha 212) é proferido em formato de pergunta e o médico interpreta a ação do turno como uma reclamação. Essas características tornam relevante uma resposta por parte do médico, tanto para a pergunta quanto para a reclamação. O médico oferece, então, a alternativa da insulina para a paciente. Apesar do seu movimento de

⁶⁸ Mais adiante na consulta, eles tocam novamente no assunto e Marta confirma que já sofreu um derrame há alguns anos atrás.

resistência, Marta acaba abandonando a negociação sobre o Glifagem, possivelmente por ponderar que a insulina seria pior.

Certamente não podemos afirmar aqui que ele teria receitado a insulina caso ela não tivesse declarado com todas as letras que não queria, mas o excerto 7, que é a continuação da consulta, demonstra que o médico ainda não abandonou por completo a ideia. Ou seja, ao oferecer novamente a insulina como uma alternativa de tratamento, Geraldo pode estar tentando convencer a paciente de que essa seria a melhor alternativa. No entanto, o posicionamento de resistência ativa de Marta faz com que ele mantenha o tratamento atual e ofereça mais tempo para a paciente reorganizar sua dieta.

Pacientes diagnosticados/as com diabetes precisam, principalmente, de orientações sobre estilo de vida e administração de medicação. Como foi mencionado no capítulo três deste estudo, a maioria dos casos são diagnosticados na vida adulta. Esse aspecto nos remete ao fato de que essas pessoas passaram suas vidas inteiras cultivando hábitos dos quais precisam, agora, se desfazer.

As negociações parecem estar, de alguma forma, ligadas a essa preocupação. No momento em que o médico demonstra estar ciente das possíveis limitações que os/as pacientes podem apresentar, ele pode fazer com que o tratamento pareça mais realizável. Como consequência, a chance de o/a paciente seguir a recomendação dada pode aumentar, melhorando até os índices de aderência ao tratamento. Como foi discutido no capítulo três, melhorar esses índices pode significar trazer maior qualidade de vida ao paciente e também diminuir a carga que uma doença crônica acarreta às instâncias públicas.

Além disso, o médico parece demonstrar que está atento às preocupações dos/as pacientes quando oferece justificativas e alternativas para o problema. Entendemos que isso também pode aumentar as chances de aderência e pode refletir positivamente na forma como o/a paciente percebe o atendimento, apesar de não termos a capacidade de medir isso no momento. Mesmo assim, sugerimos que oferecer alternativas e justificativas parece ser uma maneira mais humanizada (valendo-se de um termo empregado pelos órgãos públicos de saúde) do que impor determinada mudança no estilo de vida ou estabelecer a administração de algum medicamento.

No capítulo seguinte, apresentamos o outro foco analítico deste estudo, relacionado a questões morais nas interações.

6 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ORDEM MORAL EM INTERAÇÕES ENTRE UM MÉDICO E PACIENTES DIABÉTICOS/AS

Como já foi mencionado no capítulo introdutório, o presente estudo objetiva descrever os aspectos relevantes e recorrentes que emergiram durante as interações entre um médico e pacientes com diagnóstico de diabetes. Nos dados coletados, percebemos que questões de ordem moral permeavam a maioria das consultas e que essas questões eram trazidas à tona e negociadas entre os participantes.

Faremos, na seção seguinte, uma revisão de estudos anteriores que focaram suas análises na moralidade na interação. Em seguida, apresentaremos as análises realizadas neste estudo sobre o tema da moralidade.

6.1 MORALIDADE EM INTERAÇÕES: ESTUDOS ANTERIORES

A moralidade está presente em praticamente todas as instâncias interacionais das quais fazemos parte, mesmo quando não estamos falando em questões morais propriamente ditas. Na verdade, dificilmente percebemos que nos orientamos para questões de ordem moral, uma vez que elas são parte do convívio em sociedade, que vai, por sua vez, estabelecer os parâmetros dessa ordem moral.

Bergmann (1998) aponta que os estudos sobre moralidade no discurso não são novidade; “ao contrário, por séculos estudiosos de várias origens acadêmicas escrevem sobre discurso principalmente no que diz respeito a aspectos morais”⁶⁹ (p.280). Entretanto, as abordagens eram bastante diferentes das que são privilegiadas hoje em dia. O pesquisador relata que, na Europa dos séculos 16 e 18, questões ligando moralidade e discurso eram usadas para orientar as pessoas sobre como se portar ou se expressar “para obter o respeito de seus colegas cidadãos e para estabelecer um caráter moral impecável”⁷⁰ (p.280). Nesse sentido, o próprio discurso das pessoas que elaboravam essas orientações vinha carregado de aspectos morais.

Devido a novos conceitos científicos, Bergmann (1998) explica que foi possível “estudar a moralidade e o discurso isolados um do outro e sem assumir uma postura moral”⁷¹ (p.280). Ao mesmo tempo, ele continua, a Sociologia (disciplina que surgia na segunda

⁶⁹ on the contrary, for centuries scholars of various academic origin have written about discourse mainly with regard to its moral aspects.

⁷⁰ in order to gain their fellow citizens' respect and to establish an impeccable moral character.

⁷¹ to study morality and discourse isolated from each other and without taking a moral stance.

metade do século XIX) acaba se deparando com questões morais impregnadas em seu objeto de estudo: a linguagem cotidiana. Por isso, diferentes estudos vêm sendo realizados abordando a questão da moralidade no discurso⁷², sob as mais distintas perspectivas teórico-metodológicas.

Linell e Rommetveit (1998) nos ensinam que há dois tipos de fenômenos que se destacam em estudos sobre aspectos morais no discurso. Eles chamam o primeiro de *discourse-internal ethics* (ética interna do discurso), que reflete o “fato de que *toda* ação discursiva envolve tomar ou delegar obrigações, direitos e responsabilidades para si mesmo ou para os outros”⁷³ (p.466). O segundo explora como os participantes de uma interação lidam com questões morais (*moral issues*) no discurso, seja implícita ou explicitamente.

Um aspecto interessante que pode guiar a análise sobre moralidade é verificar como os participantes de uma conversa lidam com o fato de que um dos interagentes pode ter “direito” a questionar aspectos relacionados à moral do outro. Hydén (1996), por exemplo, discute a moralidade em encontros entre agentes do serviço social e pessoas que estão desempregadas e se candidatando a receber benefícios governamentais. O autor explica, em seu artigo, que “nossa economia doméstica é uma questão de *moralidade*; não somente no sentido de não tirar dinheiro para a cerveja do orçamento da comida, mas também no sentido de que nossas rendas, gastos e déficits refletem e retratam *como* vivemos, temos vivido e gostaríamos de viver”⁷⁴ (p.843-844). Portanto, quando os atendentes perguntavam questões sobre o estilo de vida dessas pessoas, eram essas respostas que dariam o insumo para a aprovação ou não do benefício. O pesquisador aponta que a responsabilidade que pode ser colocada no cliente sobre a sua atual situação e como isso poderia ter sido evitado acaba se tornando o centro da investigação.

Outro aspecto central na análise de Hydén é o fato de o assistente social ter o direito de questionar e avaliar como essas pessoas lidam com o dinheiro, resultando numa interação bastante assimétrica, uma vez que os clientes não têm o mesmo direito. O pesquisador também descreve que os clientes se orientam para essa avaliação e “não somente tentam

⁷² Os quais serão apresentados ao longo desta seção.

⁷³ fact that *every* discursive action involves taking on and assigning obligations, entitlements, and responsibilities to self and others.

⁷⁴ our everyday household economy is a question of *morality*; not only in the sense of not stealing money for beer from the food account, but also in the sense that our incomes, expenses and deficits reflect and depict *how* we live, have been living, and would like to live.

fornecer as informações que o assistente social pede, mas também *apresentar* as informações de forma que elas o retratem como um candidato qualificado”⁷⁵ (p.852).

Entendemos que um dos pontos cruciais trazidos à tona no estudo de Hydén é o papel exercido pelo/a atendente. O pesquisador aponta que quando uma pessoa procura o serviço social, o/a atendente que faz a avaliação deve se basear em categorias predeterminadas pela instituição que representam para conceder ou não o benefício. No entanto, como o artigo demonstra, as questões morais acabam sendo o foco da investigação e aí podemos refletir acerca dos parâmetros morais acessados pelo/a atendente para essa tomada de decisão. Hydén (1996) também explica que os padrões morais dos interagentes parecem convergir, tanto no que diz respeito a direitos individuais quanto à responsabilidade coletiva. Além disso, ele acredita que “compartilhar padrões morais parece ser uma parte importante para fazer com que os encontros do departamento social aconteçam com o mínimo de atrito”⁷⁶ (p.859).

Outro estudo que também foca na questão de avaliar a conduta do outro foi realizado por Heritage e Lindström (1998), que analisaram interações entre mães e enfermeiros comunitários coletadas quando os profissionais visitavam as mães poucos dias depois de elas terem dado à luz. É importante reproduzir neste momento uma asserção feita pelos autores e que pode ser aplicada a todos os outros estudos arrolados nesta revisão: “‘Moralidade’, propriamente dita, não é, obviamente, um tópico principal dessas conversas”⁷⁷ (p.398). Isso quer dizer que, na grande maioria dos casos, essas pessoas não expressam diretamente que estão lidando com questões morais; ao contrário, o tema está geralmente implícito no discurso nos termos de referência escolhidos, na maneira como as pessoas se representam, entre outros.

Heritage e Lindström (1998) notaram em seu estudo que durante as interações, a competência das mães em perceber o que a criança precisa e a capacidade delas em gerenciar o bem-estar da criança estavam sempre em jogo. Segundo os autores, essas competências estão ligadas a questões morais para as mães, uma vez que elas geralmente forneciam algum tipo de justificativa para o seu comportamento quando questionadas pelos/as enfermeiros/as. Além disso, elas também pareciam ver os pedidos de conselho como altamente problemáticos, já que “um pedido dessa ordem pode, ainda, dar a entender ou demonstrar que a pessoa que o

⁷⁵ not only tries to provide the information the social worker requires, but also to *present* the information in a way that portrays himself as an eligible applicant.

⁷⁶ shared moral standards seem to play an important part in making social bureau encounters work with a minimum of friction.

⁷⁷ “Morality” per se is not, of course, a primary topic of these conversations.

produziu não tem conhecimento ou competência sobre a questão ou é incapaz de lidar com o problema sem assistência externa”⁷⁸ (p.410).

Com base nas observações feitas por Sefi (1988), que indicou que as consultas podem ser baseadas no modelo “*baby expert*” (i.e., o/a profissional utiliza linguagem técnica e conhecimento clínico) ou no modelo “*befriending*” (i.e., o/a profissional compartilha experiências próprias sobre o problema), Heritage e Lindström (1998) relatam que a maior parte das consultas inicia com o primeiro modelo, mas que, depois de algum tempo, elas tomam o formato do segundo. Ainda que os pesquisadores não saibam apontar se o problema da mãe foi resolvido por causa dessa mudança, eles apontam que isso pode ter feito com que a mãe sentisse que há mais pessoas passando pelos mesmos problemas.

A moralidade também pode estar representada em categorias que as pessoas utilizam para descrever alguém. A pesquisadora Elizabeth Stokoe (2003) investigou interações em que vizinhos resolviam diferenças através de mediadores ou em programas televisionados e identificou momentos em que essas pessoas recorriam a falas impregnadas de questões morais tanto para se defender quanto para acusar. No intuito de “passar uma imagem” de pessoa que se preocupa com a ordem social e moral publicamente aceita, essas pessoas recorrem a descrições de seus atos que sejam compatíveis com essas ordens.

Em um dos exemplos explorados pela autora, uma mãe é chamada pelos mediadores para explicar o barulho excessivo que seus filhos fazem, por conta de uma reclamação que algum vizinho fizera. Segundo Stokoe (2003), a mãe, para defender seus filhos e ela mesma, ativa categorias de “bons filhos” (apesar de não usar o termo “bom” explicitamente), relatando as brincadeiras deles, o que invoca uma atividade normal de crianças. Além disso, a mãe comenta que tenta fazer com que os filhos brinquem sem muito barulho e “[s]eu status como ‘boa mãe’ é tornado relevante como uma estratégia de resistir à reclamação do vizinho”⁷⁹ (STOKOE, 2003, p.325).

O estudo de Stokoe (2003) foca em um ponto distinto de outras análises sobre moralidade: gênero. Ela observou que as reclamações geralmente envolviam categorias morais sobre *mulheres*, baseadas no seu comportamento ou atividades. Essas categorias morais invocam conhecimentos de senso comum e acabam perpetuando antigos modelos do que seja um comportamento “apropriado” para uma mulher. Stokoe (2003) aponta que uma das contribuições da sua pesquisa (e de pesquisas dessa natureza) reside na possibilidade de

⁷⁸ Such a request may, further, imply or display that its producer lacks knowledge or competence concerning the issue at hand or is unable to cope with a problem without external assistance.

⁷⁹ Her status as a ‘good mother’ is made relevant as a strategy to resist the neighbor’s complaint.

examinar na fala dos interagentes como esse discurso do senso comum molda um mundo generificado (p.339).

Um terceiro estudo baseado em questões morais foi realizado pela pesquisadora Viveka Adelswärd (1998), que analisou interações em que objetores de consciência eram entrevistados para decidir se eles seriam indicados ou não para algum tipo de serviço civil alternativo ao militar. A base da entrevista era apresentá-los a uma situação hipotética em que eles precisavam decidir qual era a atitude certa a ser tomada. Uma das situações, por exemplo, era decidir se o entrevistado deveria atirar em um inimigo que tinha sob sua mira um grupo de pessoas, sendo que essa era a única chance de sobrevivência do grupo.

Adelswärd (1998) argumenta que a avaliação feita através da apresentação de dilemas poderia ter seu procedimento modificado, uma vez que os entrevistadores acabam participando da tomada de decisões junto com os entrevistados. Ela entende que “a moralidade do dia-a-dia é raramente caracterizada por consistência”⁸⁰ (p.461) e que, por isso, esse procedimento pode ser válido por ser baseado em uma hipótese situada, mas que, por outro lado, as pessoas têm a capacidade de analisar as consequências de suas atitudes em uma situação hipotética e dizer o que for mais adequado moralmente.

Como foi dito no início deste capítulo, os estudos desta seção foram apresentados para facilitar a compreensão da próxima seção, que dá conta das análises propriamente ditas. Descreveremos de que forma os participantes de algumas interações lidam com as questões de aderência e moralidade, comparando situações em que o/a paciente apresenta quadro de depressão com outros casos em que não há co-morbidades.

6.2 DIABETES E MORALIDADE

A primeira consulta que descreveremos aqui é realizada entre o médico Geraldo e Julio, que é paciente desse médico há alguns anos. O excerto abaixo foi retirado logo do começo da consulta. Através das anotações do prontuário, o médico já verifica que há problemas com o autogerenciamento, tanto do diabetes quanto da pressão arterial:

Excerto 8 [Julio]

- 13 MÉDICO: e daí meu ↑velho que que tu me conta de novidade?
 14 JULIO: xx dá uma olhada em mim
 15 MÉDICO: cara quanto é que tá tua glicemia hoje?

⁸⁰ Everyday morality is most often not characterized by consistency.

16 JULIO: dá uma olhadinha aí pro senhor vê °xxx aí ó xxxx
né°

18 MÉDICO: tua pressão tá alta [meu velho]

19 JULIO: [°muito quente°]

20 MÉDICO: que que tu andô aprontando aí?

21 JULIO: muito quen- ↑sabe muito ↑quente calor muito
↑quente

23 MÉDICO: ↓não ca- calor vai ↓baixá que que foi a comida no
24 domingo me ↑conta↓ [te en]tre:ga↓

25 JULIO: [a:::]

26 nós xxamo assim u:ma (.) uma carni::nha, uma
coisi::nha,

28 MÉDICO: uma carne que tava salgada né=

29 JULIO: =a gente não mente pro ↑mé::dico

30 [tem que sê] sin↑ce:ro

31 MÉDICO: [h h h]

32 hein↑ mas a carne tava salgada domingo↓

33 JULIO: é:

34 MÉDICO: e que carne de que que era?

35 JULIO: ↑boi °xx°

36 MÉDICO: costela↓

37 JULIO: uma costeli:nha

38 MÉDICO: não pode comê costela↑ seu malandro

39 JULIO: uma cervejinha não dá? ((smile voice))

40 MÉDICO: olha aí ó [viu? @ @]

41 JULIO: [h @ @]

42 MÉDICO: h ah a ha:::

Julio entrega o prontuário ao médico, em que estão as anotações feitas pelas enfermeiras que mediram a pressão e a glicose, assim que é perguntado sobre a glicemia (linhas 15 e 16). Geraldo observa que a pressão do paciente está alta (linha 18), ao que o paciente oferece uma justificativa tão prontamente que sua fala fica sobreposta à do médico (linhas 18 e 19).

Em seu próximo turno, o médico não avalia a justificativa do paciente ainda, proferindo a primeira parte de um par adjacente pergunta-resposta para verificar a causa do aumento da pressão arterial. É importante apontar aqui que é só através dessas informações fornecidas pelo paciente que o médico terá acesso ao que realmente aconteceu. Nesse ponto, o médico pode se valer de diferentes formas para obter as informações e também pode, dependendo da estratégia que utilizar, ser mais bem sucedido ou não. No caso do excerto acima, o médico Geraldo faz uma pergunta (linha 20) que já vem carregada de valor semântico que pode envolver o paciente como responsável pelo que aconteceu. Podemos sugerir isso porque o médico identifica o paciente como o agente da ação, indicado pelo pronome “tu” e também por causa do verbo “aprontar” utilizado, que denota que a pessoa fez algo que não poderia ter feito.

No entanto, o paciente continua apontando como justificativa o calor que vem fazendo nos últimos dias (linhas 21 e 22), o que é totalmente refutado pelo médico, que afirma que o efeito seria o contrário (linha 23). No mesmo turno, o médico faz outra pergunta, mais específica, sobre a alimentação do paciente no domingo anterior e complementa utilizando dois diretivos (“me conta”, “te entrega”), que podem ser tomados como formas mais diretas de um pedido de informação. No entanto, muito mais do que isso, o médico está acionando questões morais ao indagar sobre o estilo de vida do paciente, principalmente na forma do segundo diretivo (“te entrega”), que traz consigo a ideia de que o paciente deve ter feito algo de errado. A expressão pode até ser metaforicamente comparada ao ato de cometer um “crime” já que o criminoso deve “se entregar” e ele pode ser moralmente responsabilizado por isso. Portanto, os dois diretivos proferidos pelo médico podem servir para que o paciente admita sua culpa sobre os resultados dos exames. Assim como os agentes do serviço social analisados por Hydén (1996), o médico tem o “direito” de questionar aspectos relacionados à moral do paciente, uma vez que essas questões estão inerentemente ligadas à adesão ao tratamento e ao seu conseqüente sucesso.

Com as estratégias usadas pelo médico (uma pergunta direta, primeira parte do par adjacente, requer uma resposta que será a segunda parte do par adjacente e dois diretivos), a próxima ação relevante do paciente é responder e, com isso, admitir sua responsabilidade. Nas linhas 26 e 27, a resposta de Julio é proferida e fica evidente, por diferentes aspectos, que ele acredita ser problemática. Primeiro, o seu turno é feito com alongamentos e com uma micro pausa, o que significa que o paciente está tomando algum tempo para responder. Além disso, é importante observar o uso de duas palavras no diminutivo. Mendonza (2005), em seu estudo sobre o uso de diminutivos em espanhol, observou que eles podem ser empregados como *metalinguistic hedges* (mitigadores metalinguísticos). Ela explica que eles “modificam o conteúdo metalinguístico de uma fala (ou seja, eles contêm um segundo ato de fala que comenta a sentença ou seu conteúdo), ao invés de focar no seu conteúdo proposicional”⁸¹ (p.166). Segundo a autora, os diminutivos modificam todo o ato de fala de uma frase da mesma forma que se as palavras “meramente” ou “somente” fossem usadas, expressando a ideia de que se trata de algo insignificante. É justamente essa a ideia que parece estar vinculada à fala de Julio, quando relata que foi “somente uma carinha, uma coisinha” e nada que pudesse prejudicar o seu tratamento.

⁸¹ modify the metalinguistic content of an utterance (that is, they contain a second speech act which comments on the sentence or its content), rather than focusing on its propositional content.

Esse formato escolhido pelo paciente para falar sobre o churrasco também pode estar relacionado a questões morais ligadas ao que os interagentes entendem que seja parte da categoria de “bom paciente”. Julio se orienta para essa problemática, pois sabe que ao contar a história do churrasco vai comprometer sua imagem de “bom paciente”, que seria a de uma pessoa comprometida com o tratamento, que segue todas as orientações passadas pelo médico. Conforme mencionado no capítulo três, pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 podem ser mais “responsabilizados” por seu estado de saúde do que pacientes com DM1, já que o tratamento está muito baseado na dieta. Julio demonstra ter consciência disso ao proferir a sua resposta da maneira como a fez.

Na linha 32, Geraldo insiste perguntando mais uma vez sobre “a carne no domingo”⁸², obtendo a informação de que estava salgada (linha 33), dado relevante para o tratamento da hipertensão. Além disso, o médico investiga se o paciente também relaxou no tratamento do diabetes ao averiguar o tipo de carne que Julio havia consumido. Mais uma vez, o paciente faz uso do diminutivo (costelinha) para responder (linha 37).

O próximo turno do médico é usado para dizer que Julio não pode comer costela. O uso do vocativo “seu malandro” por parte do médico, que pode ser entendido como um xingamento ainda que de forma abrandada, parece mitigar a força da “reprimenda” que ele faz. O uso desse vocativo por parte do médico ativa uma categoria moral bastante comum para designar uma pessoa que sabe dos seus deveres, mas que não os cumpre. Ao chamá-lo de “malandro”, o médico traz à tona a responsabilidade moral do paciente sobre o seu tratamento e traz para si o direito de fazer a “reprimenda” e, conseqüentemente, o direito de exercer algum tipo de controle social.

É interessante observar que não há qualquer reação de Julio demonstrando que ele não tivesse conhecimento de que ele não pode comer carne, o que pode ser um forte indicador de que ele sabia da proibição. Ao contrário, como resposta ao que o médico disse, Julio dá a entender que pode ter tomado “uma cervejinha”. Desta vez, seu turno vem em forma de pergunta, o que poderia indicar a sua ignorância sobre o assunto. No entanto, o turno carregado de um tom jocoso, evidente pela sua fala ser proferida sorrindo e pelas risadas que os dois compartilham logo a seguir, parece revelar que Julio sabe que não deve tomar cerveja também.

O excerto abaixo faz parte da mesma consulta, depois que médico e paciente tratam de outras questões por alguns minutos:

⁸² Note que o médico não se alinha ao diminutivo do paciente, parecendo refutar a ideia de que foi algo insignificante.

Excerto 9 [Julio]

152 MÉDICO: tá↑ vô dá um [jei]to nisso aí que esse cara já
tá::-

154 JULIO: [(°ã°?)]

155 (6)

156 MÉDICO: meu véio↑ <tu tá feio de vida também hein>↑ ((fala
enquanto anota, olhando para baixo))

158 (2)

159 hãhã↑ <já vi tudo>↑

160 JULIO: então não pode comê uma carninha domingo doutor
°não dá°

162 MÉDICO: mas tu pode comê carninha do↓mingo carne magra↑
(.)

164 costelã::o, [cerve::ja],

165 JULIO: [hh h @]

166 ha:::::

167 MÉDICO: ↑ã::

168 JULIO: eu não tomo cachaça o pior era a cachaça doutor
(.) esse aqui me deram xx pra dor
pra quê isso aí [pra quê]?

170 MÉDICO: [pra dor] pra dor

171 JULIO: mas e- eu não vô te dá remédio pra ↑dor (.)

172 MÉDICO: [é] só tu não comê as tuas porcaria

173 [x]

174 JULIO: que tu não tem do:r

175 MÉDICO: mas dói xx [xx xxxx]

176 JULIO: [ma ↑cla]ro↓ tem- tem- o- que bon que
doa↑ [tu tá a]prontando @

177 MÉDICO: [h h @]

179 JULIO: e qué remédio pra do:r↑ @ vem comê e tomá cerveja
dizê-

180 MÉDICO: é só domingo doutor outro dia não

182 JULIO: não↑ não↑ nunca.

183 MÉDICO: nunca?

184 JULIO: nunca.

185 MÉDICO: ba: ma aí é brabo hh hh

186 JULIO: da- daqui- daqui a cinco anos tu não te livra
dessa ↑dor

187 MÉDICO: é:::

189 JULIO: e daí tu vai dizê que é brabo?

190 MÉDICO: é↑ e dói↑

191 JULIO: entã:o↑

192 MÉDICO: ela puxa né↑ aqui no fígado [né]?

193 JULIO: [°tá°] e quem é que tá
fazendo isso aí doer?

194 MÉDICO: °né°

195 JULIO: sou eu?

196 MÉDICO: não pode então tomá nada↑

197 JULIO: tá aí ó:::↑ tá afeta:ndo↑

198 MÉDICO: é↓

199 JULIO: é↓

200 JULIO: é↓

Das linhas 152 a 159, o médico Geraldo faz anotações no prontuário sobre as informações obtidas do paciente desde o início da consulta. Enquanto anota, também faz algumas avaliações em voz alta, dizendo que o paciente está “feio de vida”, por exemplo (linha 156), reforçando a ideia de que o paciente não está sendo cuidadoso com seu tratamento. Nesse momento, Julio realiza uma formulação (GARFINKEL; SACKS, 1970; HERITAGE; WATSON, 1980; OSTERMANN; SILVA, 2009) para retomar o assunto discutido anteriormente, parecendo ainda precisar de esclarecimentos sobre não poder comer uma “carninha” no domingo (linha 160). O médico esclarece que ele pode comer carne magra e não o tipo de carne que ele havia comido (linha 162). Mais adiante, na linha 169, Julio troca de assunto e mostra um remédio que alguém havia indicado para ele tomar, provavelmente pedindo a aprovação e também uma receita para o médico. No entanto, o médico se nega prontamente a prescrever algum remédio para a dor do paciente alegando que ele só precisa parar de comer “as porcarias” dele para parar de sentir dor (linhas 173 a 175). Além disso, depois que o paciente reclama que dói (linha 176), o médico complementa dizendo que o fato de ele estar sentindo dor é bom, visto que ele está “aprontando”. Em outras palavras, o organismo do paciente está reagindo ao seu autogerenciamento.

Essa relação entre a manifestação do corpo e a responsabilidade do paciente (“aprontando”) nos remete ao que Foucault (2007) observou sobre o que chamou de “corpo dócil”, ou seja, o corpo transformado em algo que pode ser manipulado e utilizado, reflexo de algumas relações de poder. O fato de Geraldo não prescrever a medicação que Julio pediu pode ser uma “punição” pela falta de cuidado que o paciente vem demonstrando com seu próprio corpo. Além disso, o médico se vale de uma informação sobre o corpo do paciente (dor) para apontar a responsabilidade que ele tem sobre isso e, mais uma vez, questões morais permeiam a interação.

Na linha 180, a fala do médico continua elaborando sobre a solicitação do paciente, ao que o paciente aproveita para dizer que só tem esse comportamento aos domingos (linha 182), deixando claro que acredita que não está prejudicando seu tratamento. Esse é um momento importante da consulta, pois Geraldo usa seu turno de fala para declarar com todas as letras, e marcando sua fala, que o paciente não pode abrir exceções (linha 183), tendo ainda que confirmar a informação depois que o paciente pergunta novamente (linhas 184 e 185).

Em seguida, o médico faz uso do relato do paciente para alertá-lo sobre a possibilidade de a dor se tornar uma constante na vida do paciente caso ele prescreva o remédio solicitado (linha 187 e 190), oferecendo mais uma justificativa para a resposta despreferida dada à solicitação. Depois que o paciente afirma que a dor é bastante forte (linhas 191 e 193), o

médico chama a atenção do paciente para a responsabilidade que ele mesmo tem por estar sentindo tanta dor (linhas 194 e 195), o que parece surtir efeito já que Julio formula o que entendeu da conversa concluindo que ele realmente não pode ingerir nenhuma bebida alcóolica (linha 198).

Na consulta apresentada acima, a aderência ao tratamento está bastante comprometida, já que Julio não vem seguindo as orientações médicas à risca e os exames acabaram indicando alterações. O médico deixa transparecer que o paciente tem responsabilidade sobre o seu estado de saúde através de questionamentos que trazem à tona a moralidade. Ao mesmo tempo, Julio também está orientado para questões morais ao relatar sua história e demonstrar que é um problema admitir seu comportamento.

Em outra interação, entre Geraldo e o paciente Leonir, as questões de ordem moral também emergem durante a consulta. A esposa do paciente está acompanhando a consulta e se torna uma participante bastante ativa durante a interação. O primeiro excerto é logo do início da consulta, após a abertura.

Excerto 10 [Leonir]

23 MÉDICO: que que tá havendo contigo leonir?
 24 LEONIR: o meu problema é diabete
 25 MÉDICO: ↑m:
 26 LEONIR: faz muitos anos que- fa:z faz doze ano mais ou
 27 menos que tenho diabetes.
 28 MÉDICO: m:
 29 LEONIR: e eu tava consultando com o douto::r plinio da
 30 clínica só que:: eu perdi o con- o convênio
 31 com eles não consultei mais ↑né
 32 MÉDICO: cer[to]
 33 LEONIR: [e] pra consultá pra diabete tá difícil
 34 ESPOSA: acho que faz uns dois ano [x xxxx]
 35 MÉDICO: [dois a]no sem
 36 consul[tá]?
 37 ESPOSA: [é::] assim se:m (.) [con]trole
 38 MÉDICO: [tá]
 39 ESPOSA: mesmo né=
 40 LEONIR: =é sem controle
 41 ESPOSA: o último foi com o doutor enio.
 42 MÉDICO: ↑tá e o que eu me lembro do ↑enio o enio era um
 43 cara bastante rígido [quanto à dieta]
 44 ESPOSA: [i::::::::::]sso
 45 LEONIR: [é verdade]
 46 MÉDICO: e daí?
 47 ESPOSA: °e daí::°-
 48 LEONIR: ele era rígido aí sempre que eu ia lá ele sempre
 49 me dizia as mesmas coisas que eu já sabia ↑[né]
 50 MÉDICO: [tá] e:
 51 d[aí]?

52 LEONIR: [só] que eu sou muito:::

53 ESPOSA: rebel[de]

54 LEONIR: >[eu] sou muito rebelde<

55 MÉDICO: daí eu vou te dizê xx xxx tua ↑solução não vai

56 adiantá nada.

57 (1.0)

58 quem tem que tratá o diabetes não é o ↑médico

59 (1.0)

60 é o paciente.

61 LEONIR: é o paciente.

62 MÉDICO: remédio não adianta nada se tu não fizé a dieta

63 LEONIR: é verdade

64 MÉDICO: >então meu véio< eu acho que tu tá perdendo tempo

65 indo no médico

66 (1.0)

67 eu acho que tu tem que sentá primeiro em ca::sa e

68 pensá o que que tu qué da vida (.) >qué dizê< tu

69 vem aqui ↑né (.) e o que que eu te ensino? eu te

70 ensino que o tratamento tem que fazê isso, isso,

71 aquilo, tomá o remédio dessa maneira, comê isso,

72 isso, aquilo.=

73 ESPOSA: =careca de sabê

74 MÉDICO: chega em casa tu::: come o que tu qué, toma o

75 remédio como tu qué,

76 (3.0)

77 ESPOSA: é bem assim mesmo doutor tá profetizando [h h h h]

78 MÉDICO: [e

79 daí]? >daí não adianta nada<. tu tá perdendo teu

80 tempo, eu tô perdendo o meu (.) certo?

81 LEONIR: certo

82 (1.0)

83 ESPOSA: .h e causa outros prob- outro problemas né doutor

84 [a::: é]

85 MÉDICO: [bé:: @ @]

86 ESPOSA: até pro senhor ter uma noção aqui ↑ó ele até:::

87 teve u:::m acidente né >em dois mil e cinco<

88 devido à diabete alta, chegou no hospital quase

89 mo::rto, com oitocentos e pouco de (.) diabe::te,

90 teve traumatismo crania::no,

91 LEONIR: mas [(eu tive) isso só por]que eu tomei

92 ESPOSA: [teve treze dias no::-]

93 LEONIR: uma coca-cola.

94 ESPOSA: é tomou dois litrão de [coca-cola] antes

95 MÉDICO: [↑cara]

96 ESPOSA: e daí doutor daí assim depois disso ele passo::u

97 com o doutor fernando né que é um neuro (.) e:::

98 só que assim ↑ó o doutor fernando é um médico

99 particular né: então o caso dele ele até agora

100 precisa de um neuro só que a gente não tá

101 conseguindo pela::- até ele foi na prefeitura lá

102 pra marcação e até hoje não deram resposta .h

103 MÉDICO: não tem mais neuro na prefeitura?

O médico abre a anamnese com uma pergunta (linha 23) e o paciente começa a relatar o seu histórico (linhas 24 a 33), momento em que a participação do médico se resume a continuadores (“m”) e um recibo (“certo”). Na linha 34, a esposa de Leonir se auto-seleciona como falante e traz a informação para o médico de que o paciente está há aproximadamente dois anos sem consultar. O médico repete a informação em forma de pergunta (linhas 35 e 36) e a esposa confirma, adicionando que também faz dois anos que Leonir não faz o controle da doença (linha 37), o que é confirmado por ele na linha 40.

Depois que a esposa relata que Leonir fazia tratamento com um médico (linha 41), Geraldo acrescenta que ele era bastante rígido com a dieta (linhas 42 e 43) e tanto o paciente quanto a esposa concordam prontamente. O médico faz uma pergunta sem topicalizar especificamente que informação quer (“e daí”), deixando que o interlocutor escolha por onde seguir com a interação. A esposa de Leonir começa a falar, mas logo desiste de seu turno, provavelmente por ter percebido que Leonir também iniciaria um turno. O paciente relata que o médico sempre “dizia a mesma coisa” que ele já sabia (linhas 48 e 49), e Geraldo, mais uma vez, pergunta “e daí” para que o paciente continue falando sobre o assunto.

Essa pergunta, na verdade, não parece requerer somente que o paciente continue sua história. Ela parece direcionar o paciente a dizer o que, afinal de contas, aconteceu que prejudicou o tratamento. Podemos até sugerir que o médico já desconfia do que aconteceu, esperando somente que o próprio paciente admita sua culpa. A estratégia funciona, pois Leonir começa a dizer algo sobre a sua personalidade, mas procurando a palavra certa, tendo seu turno co-construído por sua esposa (linhas 52 e 53). Ele repete a frase completa, dita mais rápida que suas outras falas, admitindo sua culpa.

Ao referir-se a si mesmo como “rebelde”, Leonir aciona uma categoria moral que no senso comum pode significar uma pessoa que não quer seguir regras. O médico parece interpretar exatamente dessa forma e, a partir daí, começa a falar sobre a responsabilidade do paciente no tratamento do diabetes (linhas 55 a 60) e da importância da dieta (linha 62), informações com as quais o paciente parece concordar (linhas 61 e 63). Geraldo prossegue falando sobre o mesmo tópico, acrescentando que ambos estariam perdendo tempo caso o paciente tomasse suas próprias decisões acerca do tratamento (linhas 64 a 80).

Na linha 86, a esposa de Leonir inicia o relato de um grave acidente em que o paciente se envolveu (linhas 86 a 94). Nesse momento, é possível perceber que Leonir parece não compreender muito bem o que pode ou não pode fazer. Ao dizer que o acidente aconteceu “só” porque tomou um refrigerante, ele indica que acredita que a bebida não pode prejudicá-

- 49 CARLA: porque o:lha te- passo dois, três dia só com uma
maçã:, u:m morangui:nho, não tenho vontade de
comê↓
- 52 MÉDICO: mas isso aí inco↑moda também↑ isso não deixa
melhorar do diabetes a senhora sabia?
- 54 CARLA: que eu não tenho vontade de ↓comê
- 55 MÉDICO: mas o diabético precisa comê↑
- 56 CARLA: é foi o que o-
- 57 MÉDICO: huh huh [huh]
- 58 CARLA: [co]mê mais se↑gui:do mas eu não tenho
vontade de comê- trabalhava num restaura:nte,
60 MÉDICO: é- aí a- aí a coisa complica também né↑ (.) a
senhora usa insulina?
- 62 CARLA: °uso°
- 63 (1.0)
- 64 MÉDICO: é↑ usando a insulina sem comê:, a diabetes vai lá
pra cima sabia?
- 66 CARLA: é?
- 67 (1.0)
- 68 MÉDICO: já achei o motivo da bagu:nça↑

Na linha 35, o médico relaciona o problema afetivo com a dificuldade da paciente em controlar o diabetes, mas ela nega que possa haver tal relação (linhas 37 e 40). Geraldo utiliza uma formulação (GARFINKEL; SACKS, 1970; HERITAGE; WATSON, 1980; OSTERMANN; SILVA, 2009) para checar a sua compreensão sobre o que foi dito pela paciente (linha 41), sendo confirmada por ela, que acrescenta que também sofre de depressão (linha 42). A reação do médico demonstra que essa informação é relevante (a::::::::::) para explicar o problema de saúde da paciente, confirmando quando diz que “apareceu alguma coisa”. Ele pede, então, que a paciente fale sobre a sua dieta (linha 45), com o intuito de continuar coletando informações de Carla para compreender melhor os motivos das súbitas alterações de glicemia relatadas por ela. Com isso, descobre que a paciente não segue nenhuma dieta específica, uma vez que tem comido pouquíssimo (linhas 46, 47 e 49 a 51).

Em seu próximo turno, Geraldo explica que esse comportamento da paciente também é prejudicial (linhas 52 e 53), numa possível comparação com o comportamento de pessoas diabéticas que comem muito (mais comumente associado a problemas). Ela insiste, na linha 54, que não tem vontade de comer e, novamente, o médico apresenta uma informação sobre pessoas diabéticas em geral, sem se referir a Carla especificamente. Isso fica evidente no uso da palavra “diabético”, referente na terceira pessoa do singular. Ele poderia ter dirigido a fala à interlocutora, usando a segunda pessoa do singular ou o pronome “você”, dizendo que o que *ela* está fazendo não é bom ou que *ela* precisa comer. Todavia, ele escolhe uma maneira generalizadora para falar sobre a importância de pessoas com diagnóstico de diabetes se

alimentarem (linha 51, 52 e 54), parecendo evitar algum julgamento sobre o comportamento da paciente.

Carla parece demonstrar que sabe que precisa comer, complementando a informação do turno anterior do médico, mas insiste que não sente vontade de comer (linhas 58 e 59). Na linha 59, a paciente inicia uma história, mas o médico não se alinha e pergunta se ela faz aplicações de insulina, ao que ela responde afirmativamente. Mais uma vez, o médico traz uma informação sobre o diabetes em geral, sem se referir especificamente ao comportamento da paciente (linha 64 e 65). O turno seguinte da paciente deixa claro que ela não sabia dessa informação, pois responde com a expressão “é” proferida em formato de pergunta, ou seja, uma partícula que indica que a informação do falante é nova.

Se compararmos à consulta anterior, do paciente Julio, podemos observar uma reação diferente por parte do médico quando a paciente relata seus hábitos alimentares. Ele não ativa questões de ordem moral para julgar o comportamento da paciente e somente utiliza seus turnos para oferecer explicações sobre aspectos gerais da doença.

Durante a consulta, Carla fala diversas vezes que gostaria de voltar a morar na cidade do interior. Depois de alguns minutos orientando sobre o novo tratamento, o médico e a paciente conversam sobre a cidade, onde o médico também passou algum tempo. O excerto abaixo reporta o momento em que o médico faz uma breve análise do comportamento da paciente em relação à aderência ao tratamento.

Excerto 12 [Carla]

357 MÉDICO: falando em cidade do interior ela tá toda
358 fa[ceira]
359 CARLA: [a:::] eu agora e:m fevereiro eu quero ir
360 pra lá=
361 MÉDICO: =mas eu já vi o que é que tu tem, teu negócio é
362 depressão mesmo mulher, (.) tem que dá um jeito
363 nessa depressão que tu melhora, (.) e depois vamo
364 tê que arranjar essa:: essa dieta- .h tu nunca
365 cuidou muito da tua diabetes né?
366 CARLA: °assi::m ã:° >ai doutor e-< [toma:te], repo:lho,
367 MÉDICO: [@ hhh @]
368 CARLA: e alface o senhor não manda eu ↑comê (.)
369 eu [não posso nem vê]
370 MÉDICO: [mas (.) eu ne:m-] <eu nem tô falando disso> eu
371 tô dizendo de controlá e te dedicá a melhorá, tu
372 nunca te dedicou mui[to não foi]?
373 CARLA: [°a::: eu não] eu não°
374 MÉDICO: ↑é ↑nã:o °mas tudo be:m°
375 (5.0)

Um pouco antes do início desse excerto, o médico Geraldo e Carla conversaram sobre a cidade do interior da qual ela veio, momento em que os dois relataram experiências vividas lá. O excerto inicia com uma observação do médico sobre a alegria da paciente só em falar na cidade (linhas 357 e 358) e ela relata seus planos (linhas 359 e 360).

No seu turno que inicia na linha 361, o médico afirma que o problema mais urgente da paciente é a depressão e que as orientações relativas à dieta podem ser tratadas em consultas posteriores. Nesse mesmo turno, o médico pede confirmação sobre o que ele conseguiu depreender até agora de como a paciente vem gerenciando sua doença (linha 364 e 365). A essa altura, o médico já tem informações suficientes para afirmar que ela nunca cuidou muito do diabetes, mas, mesmo assim, é importante observar que ele faz isso em forma de pergunta, abrindo a primeira parte de um par adjacente que torna relevante uma resposta por parte de Carla. A pergunta feita pelo médico aqui, como na seção anterior, também pede mais do que uma resposta; ela pede que a paciente admita que não tem havido dedicação ao tratamento.

A resposta da paciente vem marcada por hesitação e alongamentos, podendo indicar que ela a vê como problemática. Como Julio, Carla está negociando sua identidade de “boa paciente”, que, pelo formato da resposta, parece ameaçada. Para manter sua imagem, ela escolhe não responder à pergunta e acrescentar um ponto positivo sobre seu comportamento com a dieta (linhas 366 e 368). Goodwin (1997 *apud* STOKOE, 2003) aponta que “[q]uando as pessoas contam histórias sobre elas mesmas e outras, como ‘boas’ ou ‘más’ vizinhas, mulheres e homens, elas estão engajadas em alinhar e realinhar a ordem moral e social”⁸³ (p.320). Da mesma forma, Carla está se alinhando com a ordem moral de que comer verduras é importante para o tratamento e, por isso, tenta demonstrar que ainda é uma boa paciente através desse fato.

Entretanto, o médico insiste na sua avaliação, reformulando a pergunta (linhas 370 a 372) e, dessa vez, a paciente afirma que realmente nunca foi muito dedicada com o tratamento, novamente com alongamentos e volume baixo, demonstrando o problema em admitir isso (linha 373). O turno de Carla pode ser considerado um tipo de autodepreciação, já que deixa transparecer algo negativo sobre seu comportamento. Em resposta, o médico não traz nenhum referente moral que possa implicar qualquer responsabilidade da paciente sobre o seu estado de saúde ou sobre a aderência ao tratamento ao dizer que “tudo bem” (linha 374).

Do ponto de vista da organização de preferência, Schegloff (2007) explica que a resposta preferida depois de uma autodepreciação é discordar, enquanto que concordar é a

⁸³ When people tell stories about themselves and others, as ‘good’ or ‘bad’ neighbours, women and men, they are engaged in aligning and realigning the social and moral order.

resposta despreferida. Sugerimos que o médico se orienta para essa organização quando diz “é, não”, protegendo a face de sua interlocutora por não proferir um turno que concorda com o que ela disse. Além disso, Geraldo insere uma avaliação em seu turno (“mas tudo bem”), que, na verdade inicia com a conjunção adversativa “mas”, parecendo indicar que apesar de ela não estar tão dedicada ao tratamento, ele parece compreender os motivos.

Descreverei um último excerto dessa consulta, em que o médico explica de que forma o tratamento será conduzido:

Excerto 13 [Carla]

494 MÉDICO: certo?
 495 CARLA: uhum
 496 MÉDICO: nem vô perguntá da tua comi:da↑ que tu tá em plena
 497 depressão. então (.) eu vô te dá isto aqui- quero
 498 te vê sexta da semana que vem (1.0) e vô te dá
 499 dois medicamentos (.)↑fluoxetina (.) um comprimido
 500 de manhã ↑ce:do e ↑amtriptilina um comprimido (.)
 501 oito horas da noite se der muito so:no- a: dá dá
 502 pra tomá às oito não vai- (1.0) °tá tranquilo° .hh
 503 eu botei na receita dois comprimidos
 504 pra tu ganhá mais↑ [mas] toma só um.
 505 CARLA: [uhum]
 506 MÉDICO: tá? deixa eu só anotá aqui o que eu te de:i
 507 (5.0)

Antes de iniciar esse tópico, o médico reorganizara a administração da insulina da paciente, que vinha sendo feita de forma errada. Então, com esse ponto acertado, ele parte para o tratamento da depressão. Como ele já havia anunciado antes (excerto 12, linhas 361 a 363), esse é o primeiro passo para a melhora de Carla e é reiterado no excerto acima, quando diz que não vai questioná-la sobre a alimentação (linha 496). Ele prescreve dois medicamentos antidepressivos (fluoxetina e amtriptilina) e pede que ela marque uma nova consulta para a semana seguinte (linha 498).

Podemos notar uma evidente relação entre a responsabilidade da paciente sobre como ela vem se alimentando e a depressão no excerto 13. Ao dizer “nem vô perguntá da tua comida que tu tá em plena depressão” (linhas 496 e 497), o médico expressa a possível relação de causa através do conector “que”, o qual pode até ser uma forma curta de “porque”, muito comum na fala.

A seção seguinte finaliza este capítulo oferecendo uma análise comparativa entre as duas últimas seções analíticas apresentadas acima.

6.4 A CULPA É DE QUEM?

Nas três consultas apresentadas anteriormente, os pacientes demonstram problemas com a aderência ao tratamento, evidentes tanto nos resultados de exames quanto nos próprios relatos ao médico. No entanto, o modo como o médico responde a cada um dos pacientes chama a atenção.

Na primeira consulta descrita, o médico faz mais cobranças diretas a Julio sobre o seu comportamento, apontando a responsabilidade dele sobre o que está acontecendo com sua saúde. Já com Carla, como foi dito, percebe-se um movimento contrário, que parece isentá-la de qualquer responsabilidade. Poderíamos especular que o tratamento dispensado a cada paciente é diferente porque Julio é um paciente antigo do médico, enquanto que essa é a primeira consulta de Carla. Porém, no excerto 11, o paciente Leonir também está consultando pela primeira vez com o médico e, como demonstramos, Geraldo lida com o paciente da mesma forma que lida com Julio, apontando a responsabilidade que o paciente tem sobre o tratamento.

Sugere-se aqui que o médico entende que não pode tratar os pacientes da mesma forma e que alguns fatores podem estar relacionados a isso. Primeiro, parece que a questão da depressão faz a diferença, pois é o foco inicial de preocupação no tratamento de Carla. Ainda assim, cabe aqui ressaltar que Geraldo não realiza nenhum tipo de investigação para averiguar a veracidade da informação trazida por Carla de que sofre de depressão. A paciente consegue, de certa maneira, reverter o padrão de assimetria de conhecimento ao incluir o diagnóstico de depressão em seu quadro clínico.

Com isso, o médico parece entender que a depressão está afetando consideravelmente a autonomia que a paciente precisa ter para controlar o diabetes. Por isso, a meta realística mais apropriada no momento é tratar da depressão que, como já foi mencionado, pode ter bastante influência na alteração dos níveis glicêmicos da paciente.

Esse é outro ponto importante a considerar. Como o médico não tem a exata medida do quanto o descontrole do diabetes é causado pela depressão, responsabilizar a paciente por isso seria bastante prejudicial. O que acontece com os pacientes Julio e Leonir é diferente. Toda vez que o médico descobre mais um “deslize” dos pacientes, aparece alguma fala do médico apontando-os como culpados.

Por todos os aspectos acima discutidos, a moralidade, apesar de presente nas três interações, está muito mais latente nas consultas de Julio e de Leonir. Entendemos que o médico pode responsabilizar os pacientes porque eles não se encaixam no que é “moralmente

aceito” pela sociedade como “bons pacientes”. Inversamente, o médico parece não poder responsabilizar Carla moralmente porque ele entende que há algo que a impede de seguir o tratamento que está além do seu autogerenciamento. O fato de ela estar com depressão parece “isentá-la da culpa” e o médico torna isso bastante evidente em seus turnos.

No próximo capítulo traçaremos as considerações finais deste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

When we are sick, working is hard and learning is harder still. Illness blunts our creativity, cuts out opportunities. Unless the consequences of illness are prevented, or at least minimized, illness undermines people, and leads them into suffering, despair and poverty⁸⁴.

A presente pesquisa investigou como um médico e pacientes com diagnóstico de diabetes abordam questões de autogerenciamento e aderência durante a consulta. No que diz respeito a doenças crônicas em geral, aumentar os percentuais de aderência ao tratamento é um desafio que deve preocupar todo o sistema de saúde (WHO, 2003). A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) também aponta a necessidade de atentar para pacientes de classes sociais menos favorecidas, que acabam entrando num ciclo que tende a desencorajá-los a continuar o tratamento: “ser saudável requer dinheiro para comida, higiene e cuidados médicos, mas para ganhar dinheiro, a pessoa precisa ser saudável”⁸⁵ (p.8).

Considerando que este estudo foi realizado tomando por base consultas coletadas em consultórios que fazem parte do Sistema Único de Saúde, torna-se válido dizer que o médico parece ciente de possíveis problemas financeiros que os/as pacientes possam ter. Como apontamos nas análises das consultas do médico com Alan e com Lilia, no capítulo cinco, o médico, quando negocia a compra do glicosímetro digital, destaca o fator custo-benefício como argumento. Acreditamos que, apesar de não ser possível remediar a situação dos/as pacientes, estar atento a essas limitações pode fazer com que os/as pacientes, pelo menos, considerem as possibilidades apresentadas pelo médico.

Como foi demonstrado no quinto capítulo desta pesquisa, as negociações fazem parte das interações analisadas. Lembramos que essa característica se alinha com os estudos demonstrados no capítulo dois, que refutam a ideia de que as análises deveriam se concentrar somente nos/as profissionais da saúde. Uma vez que as negociações exigem ações de ambos/as os/as participantes da interação, podemos afirmar que a consulta é co-construída pelo médico e pelo/a paciente. Verificamos que tanto o médico quanto os/as pacientes se

⁸⁴ Kofi Annan, Secretário Geral das Nações Unidas na ocasião do lançamento do Relatório da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde, em Londres, 20 de dezembro de 2001 (WHO, 2003). Tradução livre: Quando estamos doentes, trabalhar é difícil e aprender é ainda mais difícil. A doença enfraquece nossa criatividade, diminui oportunidades. A menos que as consequências da doença sejam eliminadas, ou pelo menos minimizadas, a doença mina as pessoas e as leva ao sofrimento, ao desespero e à pobreza.

⁸⁵ being healthy requires money for food, sanitation and medical care, but to earn money, one must be healthy.

esforçam para concordar com alguma ação a ser tomada que garanta, nem que seja em parte, as reivindicações de ambas as partes.

Podemos pontuar duas diferentes situações em que as negociações acontecem em nossos dados: quando o médico oferece ou sugere algo sobre o tratamento e o/a paciente apresenta resistência e quando o médico parece prever que o/a paciente pode apresentar algum tipo de resistência à recomendação. Nessa última situação, quando analisamos a interação do médico Geraldo com o paciente Pedro, a negociação é iniciada pelo médico antes mesmo que o paciente tome conhecimento da recomendação sobre o tratamento. Contrariamente, na primeira situação, o médico somente abre uma sequência de negociação depois de alguma sinalização de resistência por parte do/a paciente. Apesar dessa diferença, em todos os casos a busca pela aceitação do/a paciente fica muito evidente, fator que está ligado à aderência.

Torna-se relevante apresentar um dado sobre o diabetes e o cigarro, questão presente na interação entre o médico e o paciente Pedro. Apesar de não ser possível ter acesso aos critérios utilizados pelo médico para sugerir que ele parasse de tomar café e não de fumar, um estudo realizado por Solberg *et al* (2004) parece sugerir uma possibilidade:

Estimular pacientes a abandonar o hábito de fumar como parte importante no cuidado com o diabetes tem sofrido restrições. Existe a assunção de que fumantes diabéticos/as estão menos dispostos a parar do que não-diabéticos/as. Além disso, fumar reflete a falta de interesse deles/as na promoção da saúde, prevenção e estratégias de cuidado pessoal⁸⁶ (p.27).

Os pesquisadores alertam também que muitos médicos não abordam a questão porque já “acham suficientemente difícil lidar com outros aspectos do cuidado com o diabetes”⁸⁷ (p.27). Se o estudo aponta que para os/as profissionais já é difícil, podemos imaginar como um/a paciente se sente tendo que se adaptar a tantas mudanças imediatas. Como a pesquisa de Solberg *et al* (2004) alerta, pacientes com diabetes estão menos propensos a largar o cigarro. Cabe trazer à baila que o médico se encontra, então, em um tipo de paradoxo, tendo que escolher se vai estabelecer restrições definitivas a seus/suas pacientes, arriscando não vê-los/as novamente, ou se vai estabelecer uma meta por vez e levar mais tempo para atingir um estilo de vida aceitável para um/a diabético/a. Certamente que isso dependeria muito da gravidade da doença do/a paciente.

⁸⁶ Enthusiasm for smoking cessation as an important diabetes care component has also been constrained by the assumption that smokers who have diabetes are less interested in quitting than those who do not have diabetes and that smoking reflects their lack of interest in health promotion, prevention, and self care strategies.

⁸⁷ finding it difficult enough to deal with other aspects of diabetes care.

O sexto capítulo deste estudo apresentou questões referentes à moralidade nas interações que estão, de certa forma, também ligadas à aderência ao tratamento. Demonstramos que quando os pacientes não seguem à risca as determinações do tratamento, fugindo da dieta, por exemplo, o médico aciona categorias morais para julgar o comportamento do/a paciente. É importante apontar que o médico tem a chancela do saber médico, construído ao longo de muitos anos, para estabelecer tal relação.

Os/as pacientes, por sua vez, também se orientam para a importância de serem “bons/boas pacientes”, baseados naquilo que seria moralmente aceitável de alguém que tem o diagnóstico de uma doença crônica.

A publicação da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) sobre aderência assevera que “[p]acientes precisam ser apoiados e não culpados”⁸⁸ (p.19) e complementa afirmando que “[a]pesar de evidências contrárias, continua existindo uma tendência em focar fatores relativos ao/a paciente como sendo as causas para os problemas com a aderência, e uma relativa negligência para com os determinantes relacionados aos/às profissionais e ao sistema de saúde”⁸⁹ (p.19). Baseados nessas assunções da OMS, poderíamos questionar o modo como o médico pesquisado aborda os/as pacientes, apesar de tudo parecer muito jocoso e permeado de piadas. Ao mesmo tempo, podemos nos perguntar também se um relatório baseado em dados coletados em países ricos de primeiro mundo pode servir de parâmetro para a realidade do nosso país.

Outros estudos já realizados em nosso país (ANDRADE; OSTERMANN, 2007; OSTERMANN, 2006) sugerem que a fala institucional estudadas em países como Estados Unidos e Holanda difere da fala institucional brasileira. Andrade e Ostermann (2007), em sua investigação de interrogatórios policiais, verificaram que o uso de ironia, fala coloquial e gírias permeavam a fala dos policiais, que também abria espaço para risos. Essa constatação contraria completamente as asserções de que a fala institucional é neutra (DREW; HERITAGE, 1992).

Além da fala que imputa a responsabilidade do/a paciente, demonstramos também que o médico parece compreender a relevância das co-morbidades em relação à aderência ao tratamento, discutidas no capítulo três. A interação entre o médico Geraldo e Carla indica que ele assume uma orientação diferente quando fica sabendo que a paciente está com depressão. Apesar de ela também não seguir a dieta de forma adequada, o médico não utiliza expressões

⁸⁸ Patients need to be supported, not blamed.

⁸⁹ Despite evidence to the contrary, there continues to be a tendency to focus on patient-related factors as the causes of problems with adherence, to the relative neglect of provider and health system-related determinants.

que possam fazer com que a paciente se sinta responsável por isso e, mesmo quando isso acontece, ele diz que está “tudo bem”. Com isso, como mencionamos durante a análise, o médico demonstra que não pode tratar todos/as os/as pacientes da mesma forma, compreendendo as particularidades da doença em cada um/a deles/as.

Este estudo, ao propor uma relação interdisciplinar entre a fala-em-interação e a saúde, pretende dar continuidade a caminhos que já vem sendo abertos e contribuir para que se possa compreender melhor de que forma essa troca pode ser estabelecida. Entendemos que a linguagem é parte fundamental de todas as relações humanas e ampara as práticas e ações de todas as instâncias sociais. Como pretendemos demonstrar, ao se analisar interações entre médicos/as e pacientes minuciosamente, é possível apreender detalhes que podem fazer com que compreendamos melhor o que de fato acontece nesses eventos. Ainda que não pretendamos fazer generalizações nem possamos apontar o que é certo ou errado, acreditamos que estudos interdisciplinares, como este, só tendem a avançar o saber científico.

REFERÊNCIAS

ADELSWÄRD, Viveka. Moral Dilemmas and Moral Rethoric in Interviews With Conscientious Objectors. **Research on Language and Social Interaction**. v. 31, n. 3&4, p. 439-464, 1998.

ANDRADE, Daniela Negraes Pinheiro; OSTERMANN, Ana C. O interrogatório policial no Brasil: a fala institucional permeada por marcas de conversa espontânea. **Calidoscópico**. v. 5, n. 2, p. 92-104, 2007.

BAHIA, Luciana. Os custos do diabetes mellitus. **Portal da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/educacao-continuada/491-os-custos-do-diabetes-mellitus>. Acesso em 10 ago. 2009.

BARON, Richard J. An introduction to medical phenomenology: I can't hear you when I'm listening. **Annals of Internal Medicine**. v. 101, p. 692-696, 1985.

BASTOS, Liliana Cabral. Diante do sofrimento do outro - narrativas de profissionais de saúde em reuniões de trabalho. **Calidoscópico**. v. 6, p. 76-85, 2008.

BASTOS, Liliana Cabral; LOPES DANTAS, Maria Tereza. Construções identitárias de gênero na fala de uma paciente psiquiátrica/artesã: em busca da cura pelo trabalho. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, Campinas, v. 41, p. 23-37, 2003.

BERGMANN, Jörg R. Introduction: Morality in Discourse. **Research on Language and Social Interaction**. v. 31, n. 3&4, p. 279-294, 1998.

BOYD, Elizabeth; HERITAGE, John. Taking the history: questioning during comprehensive history-taking. In: HERITAGE, John; MAYNARD, Douglas (Orgs.). **Communication in Medical Practice: interaction between primary care physicians and patients**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 151-184, 2006.

BRASIL. Diabetes Mellitus: Cadernos de Atenção Básica – n. 16. Ministério da Saúde, Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php>. Acesso em: 22 jul. 2009.

BROWN; Penelope; LEVINSON, Stephen. **Politeness: some universal in language usage**. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

BUCHABQUI, Jorge A.; BERTUOL, Cristiane S.; ANDRADE, Glenize. Relação médico-paciente. In: Jorge A. Buchabqui (org.): **Promovendo a Saúde da Mulher**. Editora da Universidade/UFRGS: Porto Alegre, p.21–26, 1995.

BUTTON, Graham. Moving out of closings. In: BUTTON, Graham; LEE, John R. E. (Orgs.). **Talk and social organisation**. Clevedon: Multilingual Matters, p. 101–151, 1987.

BYRNE, Patrick S.; LONG, Barrie. **Doctors talking with patients**. London: HMSO, 1976.

CLARK, Jack A.; MISHLER, Elliot G. Attending to patient's stories: reframing the clinical task. **Sociology of Health & Illness**. v. 14, n. 3, p. 345-373, 1992.

COUPLAND, Justine; ROBINSON, Jeffrey D.; COUPLAND, Nikolas. Frame negotiation in doctor-elderly patient consultations. **Discourse and Society**. v. 5, n. 1, p. 89-124, 1994.

DREW, Paul; HERITAGE, John. **Talk at work: Interaction in institutional settings**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

FINKELSTEIN, Jonathan A.; METLAY, Joshua; DAVIS, Robert L.; RIFAS, Sheryl L.; DOWELL, Scott F.; PLATT, Richard. Antimicrobial use in defined populations of infants and young children. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v. 154, p. 395-400, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. 34. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

FRANKEL, Richard M. Clinical care and conversational contingencies: The role of patients' self-diagnosis in medical encounters. **Text**, v. 21, p. 83-111, 2001.

GARFINKEL, Harold; SACKS, Harvey. On formal structures of practical actions. In: MCKINNEY; J. C.; TERYAKIAN, E. A. (Orgs.): **Theoretical Sociology**, New York, p. 338-366, 1970.

GILL, Virginia T.; MAYNARD, Douglas W. Explaining the illness: patient's proposal and physicians' responses. In: HERITAGE, John; MAYNARD, Douglas (Orgs.). **Communication in Medical Practice: interaction between primary care physicians and patients**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 115-150, 2006.

GILL, Virginia T. Doing Attributions in Medical Interaction: Patients' Explanations for Illness and Doctors' Responses. **Social Psychology Quarterly**. v. 61, n. 4, p. 342-360, 1998.

GONZALEZ, Ralph; STEINER, John F.; SANDE, Merle A. Antibiotic prescribing for adults with colds, upper respiratory tract infections and bronchitis by ambulatory care physicians. **Journal of the American Medical Association**, v. 278, n. 11, p. 901-904, 1997.

GREATBATCH, David. Prescriptions and prescribing: coordinating talk- and text-based activities. In: HERITAGE, John; MAYNARD, Douglas (Orgs.). **Communication in Medical Practice: interaction between primary care physicians and patients**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 313-339, 2006.

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

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

HAAKANA, Markku. Laughter as a patient's resource: Dealing with delicate aspects of medical interaction. **Text**. v. 21, n. 1/2, p. 187-219, 2001.

HALKNOWSKI, Timothy. Realizing the illness: patients' narratives of symptom discovery. In: HERITAGE, John; MAYNARD, Douglas (Orgs.). **Communication in Medical Practice:**

interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press, p. 86-114, 2006.

HEATH, Christian. Body work: the collaborative production of the clinical object. In: HERITAGE, John; MAYNARD, Douglas (Orgs.). **Communication in Medical Practice: interaction between primary care physicians and patients**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 185-213, 2006.

HEATH, Christian. The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation. In: DREW, Paul; HERITAGE, John (Orgs.). **Talk at work: Interaction in institutional settings**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 235-267, 1992.

HEATH, Christian. **Body Movement and Speech in Medical Interaction**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

HERITAGE, John; MAYNARD, Douglas W. Introduction: Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. In: HERITAGE, John; MAYNARD, Douglas (Orgs.). **Communication in Medical Practice: interaction between primary care physicians and patients**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 1-21, 2006.

HERITAGE, John; ROBINSON, Jeffrey D. The Structure of Patients' Presenting Concerns: Physicians' Opening Questions. **Health Communication**. v. 19, n. 2, p. 89-102, 2006.

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

HERITAGE, John; LINDSTRÖM, Anna. Motherhood, Medicine and Morality: Scenes From a Medical Encounter. **Research on Language and Social Interaction**. v.31, n.3&4, p.397-438, 1998.

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: Interaction in institutional settings**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 359-417, 1992.

HERITAGE, John; WATSON, David R. Aspects of the properties of formulations in natural conversations: Some instances analysed. **Semiotica**, v. 30, n. 3/4, p. 245-262, 1980.

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

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

JUNG LAU, Carla Rosane; OSTERMANN, Ana Cristina. As Interações no Telemarketing Ativo de Cartões de Crédito: da Oferta Velada à Rejeição. **Alfa**, v. 49, n. 2, p. 65-88, 2005.

KORSCH, Barbara M.; GOZZI, Ethel K.; FRANCIS, Vida. Gaps in doctor-patient communication: I. doctor-patient interaction and patient satisfaction. **Pediatrics**, v. 42, p. 855-871, 1968.

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

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

LINELL, Per; ROMMETVEIT, Ragnar. The Many Forms and Facets of Morality in Dialogue: Epilogue for the Special Issue. **Research on Language and Social Interaction.** v. 31, n. 3&4, p. 465-473, 1998.

MAINOUS, Arch G.; HUESTON, William J.; CLARK, Jonathan R. Antibiotics and upper respiratory infection: Do some folks think there is a cure for the common cold? **The Journal of Family Practice.** v. 42, p. 357–361, 1996.

MAYNARD, Douglas W. “Does it mean I’m gonna die?”: On meaning assessment in the delivery of diagnostic news. **Social Science and Medicine.** v. 62, p. 1902-1926, 2006.

MAYNARD, Douglas W. On predicating a diagnosis as an attribute of a person. **Discourse Studies.** v. 6, n. 1, p. 53–76, 2004.

MAYNARD, Douglas W. **Bad news, good news: Conversational order in everyday talk and clinical settings.** Chicago: University of Chicago Press, 2003.

MAYNARD, Douglas W. Notes on the delivery and reception of diagnostic news regarding mental disabilities. In: HELM, D. T.; ANDERSON, W. T.; MEEHAN, A. J.; RAWLS, A. W. (Orgs.). **The interactional order: New directions in the study of social order.** New York: Irvington, p. 54–67, 1989.

MENDONZA, Martha. Polite Diminutives in Spanish: A matter of size? In: LAKOFF, R T.; IDE, S. (Orgs.). **Broadening the Horizon of Linguistic Politeness.** Amsterdam: John Benjamins, p. 163-173, 2005.

MILMAN, Mauro H.S.A.; LEME, Cristina B.M.; BORELLI, Danilo T.; KATER, Fábio R.; BACCILI, Elizabeth C.D.C.; ROCHA, Rita C.M.; SENGER, Maria-Helena. Pé Diabético: Avaliação da Evolução e Custo Hospitalar de Pacientes Internados no Conjunto Hospitalar de Sorocaba. **Arq Bras Endocrinol Metab,** v. 45, n. 5, 2001.

NETTO, Augusto Pimazoni. **Dados Recentes Reacendem a Polêmica Sobre o Número de Pessoas com Diabetes no Brasil.** Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/Colunistas/Debates/index.php?id=1699>>, 2008. Acesso em: 10 jul. 2009.

OLIVEIRA, Maria do Carmo Leite; BASTOS, Liliana Cabral. Saúde, doença e burocracia: pessoas e dramas no atendimento de um seguro saúde. In: RIBEIRO, B.T.; COSTA LIMA, C.; DANTAS, M. T.. (Orgs.). **Narrativa, Identidade e Clínica.** Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, p. 161-187, 2001.

OSTERMANN, Ana C. Comunidades de prática: Gênero, trabalho e face. In: HEBERLE, Viviane M.; OSTERMANN, Ana C.; FIGUEIREDO, Débora de Carvalho (Orgs.).

Linguagem e gênero no trabalho, na mídia e em outros contextos. Florianópolis: Editora da UFSC, p. 15-47, 2006.

OSTERMANN, Ana C.; SILVA, Caroline R. A formulação em consultas médicas: para além da compreensão mútua entre os interagentes. **Calidoscópico**. v. 7, n. 2, p. 97-111, 2009.

OSTERMANN, Ana C.; SOUZA, Joseane de. Contribuições da Análise da Conversa para os estudos sobre o cuidado em saúde: reflexões a partir das atribuições feitas por pacientes. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 7. p. 1521-1533, 2009.

PENNIE, Ross A. Prospective study of antibiotic prescribing for children. **Canadian Family Physician**. v. 44, p. 1850-1856, 1998.

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

PESQUISA traça impacto socioeconômico do diabetes tipo 2. **Jornal VS**. Caderno Viver com Saúde, São Leopoldo, p. 3, 2-8 mar. 2009.

PINTO, Diana de Souza. **O papel social e discursivo da paciente responsável: uma análise do discurso de pacientes do Instituto de Psiquiatria/UFRJ**. Cadernos IPUB (UFRJ), Rio de Janeiro, v. 5, p. 107-126, 1997.

PINTO, Diana de Souza; LOPES DANTAS, Maria Tereza. O retorno da vida através da arte: análise do discurso de uma artesã/paciente psiquiátrica em situação de entrevista de pesquisa. In: MOITA LOPES, Luiz Paulo; BASTOS, Liliana Cabral. (Orgs.). **Identidades - recortes multi e interdisciplinares**. Rio de Janeiro: Mercado de Letras, 2002.

POMERANTZ, Anita; FEHR, B. J. Conversation Analysis: An Approach to the Study of Social Action as Sense Making Practices. In: VAN DIJK, T. A. (Org.). **Discourse as social interaction: Discourse Studies 2 – A multidisciplinary introduction**. London: Sage, p. 64-91, 1997.

PORTALDIABETES. Disponível em: <http://www.portaldiabetes.com.br/conteudo_completo.asp?IDConteudo=3944>. Acesso em: 12 jul. 2009.

RIBEIRO, Branca Maria Telles. A Interação Médico/Paciente em uma Entrevista Psiquiátrica. **Espaços e Interfaces da Linguística e da Linguística Aplicada**, Rio de Janeiro, p. 159-172, 1995.

RIBEIRO, Branca Maria Telles; PINTO, Diana de Souza ; LOPES DANTAS, Maria Tereza. A noção de pessoa no discurso do paciente psiquiátrico. **Palavra** (PUCRJ), Rio de Janeiro, v. 8, n. 8, p. 127-141, 2002.

ROBINSON, Jeffrey D. Soliciting patients' presenting concerns. In: HERITAGE, John; MAYNARD, Douglas (Orgs.). **Communication in Medical Practice: interaction between primary care physicians and patients**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 22-47, 2006.

ROBINSON, Jeffrey D. Closing medical encounters: two physician practices and their implications for the expression of patients' unstated concerns. **Social Science & Medicine**. v. 53, p. 639–656, 2001.

ROBINSON, Jeffrey D. Getting down to business: Talk, Gaze, and Body Orientation During Openings of Doctor-Patient Consultations. **Human Communication Research**. v. 25, n. 1, p. 97-123, 1998.

ROTTER, Debra; HALL, Judith. **Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors**. Auburn House, 1992.

SACKS, Harvey. **Lectures on Conversation**. Cambridge: Blackwell, 1992. v.2.

SACKS, Harvey; SCHEGLOFF, Emanuel A.; JEFFERSON, Gail. A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. **Language**, v. 50, n. 4, p. 696-735, 1974.

SCHEGLOFF, Emanuel A. **Sequence organization in interaction: A primer in conversation analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, vol. 1, 2007.

SEFI, S. Health visitors talking to mothers. **Health Visitor**. v. 61, n. 1, p. 7-10.

SELL, Mariléia; OSTERMANN, Ana C. Análise de Categorias de Pertença (ACP) em Estudos de Linguagem e Gênero: A (Des)Construção Discursiva do Homogêneo Masculino. **Alfa**. v. 53, n. 1, p. 11-34, 2009.

SILVERMAN, David. **Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction**. London: Sage, 2001.

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

SILVERMAN, David. **Communication and Medical Practice: Social relations in the clinic**. London: Sage, 1987.

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

SOLBERG, Leif I.; DESAI, Jay R.; O'CONNOR, Patrick J.; BISHOP, Donald B.; DEVLIN, Heather M. Diabetic Patients who Smoke: Are they Different? **Annals Of Family Medicine**, v. 2, n. 1, January/February, 2004.

STIVERS, Tanya. Non-antibiotic treatment recommendations: delivery formats and implications for parent resistance. **Social Science and Medicine**. v. 60, p. 949-964, 2005.

STIVERS, Tanya. Patient Resistance: One Way Patients Shape Treatment Decisions. **Journal of Social Medicine**. v. 41, p. 199-213, 2004.

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

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

STIVERS, Tanya; HERITAGE, John. Breaking the sequential mold: answering “more than the question” during medical history taking. **Text**. v. 21, n. 1/2, p. 151-185, 2001.

STOKOE, Elizabeth. Mothers, Single Women and Sluts: Gender, Morality and Membership Categorization in Neighbour Disputes. **Feminism & Psychology**. v. 13, n. 3, p. 317-344, 2003.

TANNEN, Debora; WALLAT, Cynthia. Enquadres Interativos e Esquemas de Conhecimento em Interação: Exemplos de um Exame/Consulta Médica. In: RIBEIRO, Branca T.; GARCEZ, Pedro M (Orgs.) **Sociolinguística Interacional**. São Paulo: Loyola, p. 120-141, 1998.

TORRES, Heloisa de C.; ABURACHID, Dayse de F. F.; AMARAL, Marta A.; SOARES, Sonia M. Oficinas de Educação em Saúde: Uma Estratégia Educativa no Controle do Diabetes Mellitus Tipo II no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte/ Brasil. **Diabetes Clínica**, v. 2, 2007, p. 177-181.

WAITZKIN, Howard B.; STOECKLE, John D. Information control and the micropolitics of health care: summary of an ongoing research project. **Social Science and Medicine**. v. 10, p. 263-276, 1976.

WEIJTS, Wies; HOUTKOOP, Hanneke; MULLEN, Patricia. Talking delicacy: speaking about sexuality during gynaecological consultations. **Sociology and Health & Illness**. v. 15, n. 3, p. 295- 314, 1993.

WEST, Candace. Coordinating closings in primary care visits: producing continuity of care. In: HERITAGE, John; MAYNARD, Douglas (Orgs.). **Communication in Medical Practice: interaction between primary care physicians and patients**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 379-415, 2006.

WEST, Candace. Not just doctor’s orders. In: COATES, Jennifer (Org.). **Language and Gender: A Reader**. Oxford, p. 396-412, 1998.

WHITE, Jocelyn; ROSSON, Connie; CHRISTENSEN, John; HART, Rosemary; LEVINSON, Wendy. Wrapping things up: A qualitative analysis of the closing moments of the medical visit. **Patient Education and Counselling**. v. 30, n. 2, p. 155-165, 1997.

WHITE, Jocelyn; LEVINSON, Wendy; ROTER, Debra. “Oh, by the way...”: The closing moments of the visit. **J Gen Inter Med**. v. 9, n. 1, p. 24-28, 1994.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diabetes**. Disponível em: 2009<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>. Acesso em 29 jul. 2009.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to Long-term therapies: Evidence for action**. Switzerland, 2003.

APÊNDICE - CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO

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

Schnack, C.; Pisoni T.; e Ostermann, A. *Transcrição de fala: do evento real à representação escrita*, Entrelinhas, v. 2, n.2. 2005.

ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



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

Você está sendo convidado/a a participar da pesquisa **"Análise de consultas entre pacientes com diabetes e seu médico: as contribuições da fala-em-interação"**, que analisará interações que acontecem entre pacientes com diabetes e o médico deste posto de saúde. O objetivo desta pesquisa é contribuir com as análises das conversas entre médicos e pacientes, já que sabe-se que é muito importante que as pessoas se compreendam quando estão tratando de assuntos tão importantes. No caso de pacientes diabéticos, queremos entender como médicos e pacientes tratam de assuntos delicados e de questões relacionadas ao auto-gerenciamento.

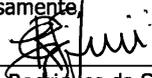
A pesquisa está sendo realizada pela aluna do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada Caroline Rodrigues da Silva, sob a orientação da professora doutora Ana Cristina Ostermann, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

As interações precisam ser gravadas em áudio e acompanhadas pela pesquisadora. Essas gravações serão transcritas, ou seja, passadas para o papel, para que possamos analisá-las com mais cuidado posteriormente.

A sua participação nessa pesquisa não acarretará nenhum tipo de risco ou de valor financeiro. As informações obtidas são confidenciais e para preservar ainda mais a sua integridade, modificaremos o seu nome, o nome do médico e todos os outros nomes que forem mencionados durante a consulta por nomes fictícios. A participação nessa pesquisa é voluntária e você tem o direito de se recusar a participar ou de pedir que a pesquisadora se retire da consulta a qualquer momento sem nenhum prejuízo para você. Você pode, também, revisar as gravações e excluir parcialmente ou totalmente a gravação da sua consulta, se assim o desejar. Você tem o direito de fazer perguntas e pedir esclarecimentos sobre os propósitos da pesquisa a qualquer momento, mesmo que posteriormente. Para tanto, entre em contato comigo pelo telefone (51) 91391768 ou por e-mail carolineletras@yahoo.com.br.

Você recebe uma via deste documento ao aceitar participar, o que lhe garante todos os direitos acima descritos. Desde já, agradeço a sua colaboração nessa pesquisa que pretende contribuir para a comunicação entre médicos e paciente com diabetes.

Atenciosamente,


 Caroline Rodrigues da Silva
 Mestranda em Linguística Aplicada – UNISINOS

CEP - UNISINOS
 VERSÃO APROVADA
 Em: 15 / 08 / 08


CONCORDÂNCIA EM PARTICIPAR

Eu, _____, concordo em participar do projeto descrito.

Assinatura do/a participante

Data: _____ / _____ / 2008.