

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

CARINA MARIA HILGERT MOSSMANN

**A EMPATIA NA PRÁTICA INTERACIONAL:
O CASO DA RELAÇÃO MÉDICO/A E GESTANTES DE MÉDIO E ALTO RISCO
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

SÃO LEOPOLDO

2015

CARINA MARIA HILGERT MOSSMANN

A EMPATIA NA PRÁTICA INTERACIONAL:
O CASO DA RELAÇÃO MÉDICO/A E GESTANTES DE MÉDIO E ALTO RISCO
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

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

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann

São Leopoldo

2015

M913e Mossmann, Carina Maria Hilgert
A empatia na prática interacional: o caso da relação médico/a e gestantes de médio e alto risco no Sistema Único de Saúde (SUS) / Carina Maria Hilgert Mossmann. -- 2015.
113 f. : il. ; 30cm.

Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada) --
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-
Graduação em Linguística Aplicada, São Leopoldo, RS, 2015.
Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann.

1. Linguística. 2. Análise da conversa. 3. Médico - Paciente -
Empatia. 4. Gestação - Risco. I. Título. II. Ostermann, Ana
Cristina.

CDU 801

CARINA MARIA HILGERT MOSSMANN

A EMPATIA NA PRÁTICA INTERACIONAL:
O CASO DA RELAÇÃO MÉDICO/A E GESTANTES DE MÉDIO E ALTO RISCO
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

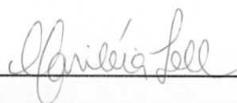
Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos

Aprovada em 27 de março de 2015

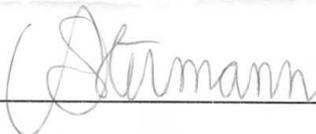
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Luciana Kind do Nascimento (PUC-MG)



Profa. Dra. Mariléia Sell (UNISINOS)



Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann (UNISINOS)

AGRADECIMENTOS

Dizem que tudo o que um sonho precisa para ser realizado é alguém que acredite que ele possa ser realizado. Talvez eu já tivesse desistido se não houvesse tantas pessoas a me motivar a acreditar em mim mesma e a não desistir. Para cada uma dessas pessoas, que não caberiam nesta seção, sou eternamente grata.

Agradeço minha família, por me apoiar, auxiliar e amparar com seu amor incondicional.

Agradeço ao Marco, pela ajuda e apoio fundamentais. Não há palavras para expressar o quanto sou grata pela paciência e ajuda de todos os dias.

Agradeço a minha orientadora, Ana, por não desistir de mim, por me puxar de volta quando eu acreditava não ter mais forças e por me fazer ir sempre além de onde eu pararia, por achar que esse era o meu possível. Obrigada por me fazer perceber que posso ir além dos meus limites e por confiar em mim.

Agradeço a todas as colegas e amigas do FEI. Sentirei imensa saudade das nossas conversas, dos almoços e passeios pelo campus, das nossas reuniões regradas de comida e de risadas. Agradeço por toda a ajuda que recebi nas análises de dados conjuntas. Sem dúvida este trabalho tem um pouco de cada uma de vocês.

Agradeço aos meus amigos e colegas de trabalho pela compreensão durante esses anos de estudo.

Agradeço a todos os/as colegas dessa longa trajetória na Unisinos, alguns dos quais se tornaram grandes amizades.

Agradeço às membras e ao membro das minhas bancas de qualificação e de defesa, Mariléia Sell, Luciana Kind do Nascimento e Paulo Gago, pelas importantíssimas contribuições que ajudaram a construir este trabalho.

Acima de tudo, sou grata a Deus, por seu amor incondicional, por me dar forças para chegar até aqui. Dedico tudo a ti e espero que este trabalho possa de alguma forma ser útil para a sociedade.

Indaguemos, estudemos, movimentemo-nos na esfera científica e filosófica; todavia, não nos esqueçamos do “amemo-nos uns aos outros” como o Senhor nos amou. Sem amor, os mais alucinantes oráculos são igualmente aquele “sino que tange” sem resultados práticos para as nossas necessidades espirituais.

Emmanuel

RESUMO

O presente trabalho faz parte de um projeto maior (OSTERMANN, 2013) e procura descrever e sistematizar a empatia por meio da perspectiva interacional. Tendo sido objeto de estudo de várias áreas (filosofia, sociologia, antropologia, psicologia, psicanálise e, mais recentemente, neurofisiologia), há algumas definições para a empatia. Essas definições, no entanto, tendem a possuir caráter teórico e subjetivo, impossibilitando a compreensão de como a empatia se concretiza de fato na prática interacional. Neste estudo, quer-se avançar na descrição de empatia de modo a descobrir as maneiras com que ela se manifesta *na prática* por meio de análises empíricas realizadas com base nos princípios da Análise da Conversa (SACKS, 1992; SACKS, SCHEGLOFF, JEFFERSON, 1974). Os dados utilizados na realização deste estudo são provenientes de um hospital materno-infantil do Sistema único de Saúde (SUS), localizado no sul do país. Trata-se de exames de ultrassom obstétricos e morfológicos, além de ecocardiografias fetais. Esses atendimentos acontecem no setor responsável por gestações de médio e alto risco gestacional. Os resultados deste estudo demonstram que a escuta ativa costuma ser um elemento-chave nas sequências interacionais em que há empatia. A ação de escuta ativa, por sua vez, está atrelada à agentividade (CLAYMAN, 2012) do/a interagente. Dessa forma, pode-se afirmar que as ações interacionais da paciente durante os atendimentos médicos constituem-se também em elementos fundamentais para que o médico ou a médica tenham a possibilidade de empreender ações empáticas. Percebeu-se que é na sequência de ações interacionais, ou seja, na coconstrução de uma interação, que pode ser estabelecida uma relação empática socialmente efetivada, de modo que a empatia não emerge atrelada a um único formato de turno. Foram encontradas várias recorrências, conforme análise de dados deste trabalho, em que emergem ações potencialmente empáticas, de tal modo que a empatia mostrou-se como um elemento constitutivo ou ausente das diversas camadas que formam uma ação interacional. Desse modo, uma ação interacional pode ser orientada por um “algo a mais” que, dentro de determinado contexto sequencial e interacional, a tornará empática ou não empática. Com base neste estudo, define-se a empatia como um fenômeno subjetivo que se manifesta na interação por meio de diferentes práticas e de forma a permear ações altruístas ou não.

Palavras-chaves: Empatia. Análise da conversa. Medicina. Gestações de Risco. Ultrassonografias.

ABSTRACT

This study is part of a larger project (OSTERMANN, 2013) and aims to describe and systematize empathy by means of an interactional perspective. Having been the subject of several fields of study (Philosophy, Sociology, Anthropology, Psychology, Psychiatry and, more recently, Neurophysiology), there are some definitions to empathy. Such definitions, however, tend to be theoretical and subjective in character, hindering the comprehension of how empathy is realized in interactional practice. In this study, we aim to advance towards the description of empathy so as to reveal the ways it is manifested in *practice*. Such investigation is carried out by means of empirical analysis and by following the principles of Conversation Analysis (SACKS, 1992; SACKS, SCHEGLOFF, JEFFERSON, 1974). The data used in this study come from a public health system hospital (Sistema Único de Saúde (SUS)), located in the southern Brazil. The data consist of interactions that took place during obstetric and morphological ultrasound exams and fetal echocardiography exams. These exams were carried out at the department of the hospital that is responsible for moderate and high-risk pregnancies. The study reveals that active-listening tends to be a key-element in the interactional sequences in which empathy is observed. The action of active-listening, on its turn, is tied to the interactant's agentivity (CLAYMAN, 2012). As a result, we can claim that the patient's interactional actions during the medical consultations are fundamental elements so as the doctor may have the possibility of undertaking emphatic actions. It is in the sequence of interactional actions, that is, in the co-construction of an interaction, that a socially accomplished empathic relationship may be established. In this sense, it becomes evident that empathy does not emerge tied to a single type of turn design. The data also reveal recurrences in which actions potentially empathic emerge, so that empathy becomes apparent as either a constitutive or an absent element of the several layers that form an interaction action. As a result, an interactional action might be oriented by "something else" which, inside of certain sequential and interaction context, will make it empathic or not. Based on this study, empathy has been defined as a subjective phenomenon that emerges in the interaction by means of different practices and as a way to permeate altruistic or non-altruistic actions.

Key-words: Empathy. Conversation Analysis. Medicine. Risky pregnancies. Ultrasonographies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Empatia no mercado de trabalho	17
Figura 2 - Situação de comunicação durante a realização de exames de imagem	50
Figura 3 - Médica explicando as imagens produzidas na tela durante ultrassom.....	58
Figura 4 - Escuta ativa	65
Figura 5 - Sistematização de formulação empática	98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Corpus	41
Quadro 2 - Pares Adjacentes	45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVOS	15
1.1.1 Objetivo Geral	15
1.1.2 Objetivos Específicos	15
2 PELOS CAMINHOS DA EMPATIA: POR ONDE COMEÇAR?	17
2.1 TRILHANDO AS ORIGENS DO CONCEITO “EMPATIA”	18
2.1.1 Empatia na Arte e Estética	19
2.1.2 Empatia na Filosofia	20
2.1.3 Empatia na Psicologia	21
2.1.4 Empatia nos Estudos Interacionais: Adentrando na Área de Interesse deste Estudo	23
2.1.4.1 Processos de Empatia na Interação	24
3 INTERAÇÃO EM CONTEXTOS DE ATENDIMENTOS À SAÚDE	30
3.1 EMPATIA E MEDICINA: CONSIDERAÇÕES SOBRE SUA IMPORTÂNCIA NA FORMAÇÃO MÉDICA	31
3.2 MEDICINA ATUAL E SEU OBJETO: HUMANIZAÇÃO OU TECNICIDADE?	34
3.2.1 atendimentos em Saúde com Uso de Tecnologias	36
3.2.1.1 Ultrassonografias Obstétricas	37
3.2.1.2 Ultrassonografias de Avaliação Morfológica e Ecocardiografias Fetais	39
4 METODOLOGIA	41
4.1 GERAÇÃO DE DADOS: ORIGEM DOS DADOS E QUESTÕES ÉTICAS	41
4.2 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS	43
4.2.1 Análise da Conversa	44
4.2.1.1 Etapas de Análise da AC	46
4.2.2 Etnometodologia	47
5 ANÁLISE DE DADOS	50
5.1 DESCRIÇÃO DO CONTEXTO PESQUISADO	50
5.2 EMPATIA COGNITIVA	53
5.2.1 Formulação da Situação Interna do Outro – Sobre Como a Paciente se Sente	54
5.2.2 Formulação da Situação Vivida pelo Outro: Sobre a Situação do Exame para a Paciente	57
5.2.2.1 Formulação da Situação Pessoal da Paciente	60

5.2.3	Formulação de Como o Outro É: Sobre a Personalidade da Paciente	70
5.3	EMPATIA AFETIVA	71
5.3.1	Diretivo Afetivo	72
5.4	RELATO EMPÁTICO	77
5.5	SOLIDARIEDADE EMPÁTICA OU GATILHOS DE EMPATIA	82
5.6	EMPATIA EVIDENCIADA (OU NÃO) NAS ESCOLHAS LEXICAIS	87
5.6.1	Colocar-se no Lugar da Paciente por meio de Escolhas Lexicais	87
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
6.1	RETOMANDO A QUE VEIO ESTA DISSERTAÇÃO	96
6.2	PRINCIPAIS RESULTADOS DESTE ESTUDO	96
6.3	CONTRIBUIÇÕES E AVANÇOS TEÓRICOS DESTE ESTUDO	101
6.4	CONTRIBUIÇÕES PRÁTICAS DESTE ESTUDO PARA A SOCIEDADE	103
	REFERÊNCIAS	104
	ANEXO A - CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO	111
	ANEXO B - TCLE PARA PACIENTES	112
	ANEXO C - TCLE PARA MÉDICOS/AS	113

1 INTRODUÇÃO

A relação entre médicos/as e pacientes durante exames ultrassonográficos costuma desdobrar-se em torno da detecção dos possíveis problemas físicos que levam os/as pacientes até o exame. Contudo, o enfoque no problema de saúde do/a paciente, às vezes, desencadeia um distanciamento entre profissionais e a pessoa que está sendo atendida, já que ela pode ser reduzida ao seu problema e não considerada em seu todo, como um ser humano integral. Quando esse distanciamento ocorre, é frequentemente porque também a interação, ou seja, a conversa entre profissionais da saúde e pacientes moveu-se em torno das demandas físicas e técnicas que envolvem as ações dos/as médicos/as e centrou-se apenas no problema trazido pelo/a paciente, tratando o/a próprio/a paciente de maneira superficial.

Fica, dessa forma, evidente que a conversa é uma parte constitutiva dos atendimentos médicos e que é por meio dela que os/as participantes de um exame podem falar sobre si, exprimir o que desejam, o que pensam e o que sentem, assumindo seu papel de sujeitos agentes *na* e *pela* interação. Assim, assumindo e expressando sua subjetividade, os/as participantes podem tornar-se (co)construtores/ras do evento interacional, a saber, do atendimento médico junto com os/as médicos/as.

Dentro dessa mesma perspectiva, as políticas de Humanização do SUS (2004) abordam a questão do vínculo entre profissionais de saúde e pacientes partindo, justamente, da consideração do quão importantes são as subjetividades de cada um dos sujeitos envolvidos nos atendimentos, conforme se pode ler no trecho que segue:

A aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este ‘ficar em frente um do outro’, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos. (HUMANIZASUS, 2014, p. 57).

O documento base das políticas de Humanização do SUS (2004), ao referir-se à relação entre profissionais e pacientes, faz menção ao “despreparo [dos/as profissionais] para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção” (HUMANIZASUS, 2014, p. 16). Essa subjetividade a que o documento se refere se faz presente nos atendimentos por meio da fala-em-interação, das perguntas, das histórias, das queixas e das opiniões explicitadas por cada um/a dos/as interagentes. Toda ação é capaz de revelar o ser humano que a expressa,

mas é na interação que se negociam e constroem os sentidos, e a humanização dos/as participantes se dá quando um/a considera o/a outro/a e busca compreender o/a outro/a.

A humanização referida no parágrafo anterior “é um termo bastante frequente na literatura, parecendo assumir um significado que se pode definir como uma empatia operante e ativista” (DUARTE, 2009, p. 7). Ao assumir que a compreensão e o entendimento mútuos regem as relações sociais, percebe-se que as competências empáticas e comunicacionais andam juntas. Dessa forma, a empatia evidenciada por meio da interação sugere “[...] uma maior partilha de informação, um maior envolvimento mental do clínico com interpretação e valorização de fenômenos [...] e maior intervenção dinâmica no problema partilhado pelo doente” (DUARTE, 2009, p. 8).

Estando evidenciada a relação entre interação, empatia e relações de confiança entre médicos/as e pacientes, apresentaremos o tema deste estudo. Talvez o leitor tenha sentido falta de maiores definições a respeito do termo “empatia” que fora citado nas frases anteriores. Ao longo deste trabalho, debruçamo-nos justamente sobre a empatia e, por meio da Análise da Conversa, procuramos ver como a empatia é manifestada por médicos/as e gestantes ao realizarem exames de imagem do feto no setor de risco de um hospital materno-infantil do SUS. Esse hospital está localizado na região metropolitana do sul do Brasil¹. Trata-se de exames de ultrassom e de ecografias fetais. Dada a complexidade e a delicadeza interacional desse tipo de atendimento, surge também o nosso interesse em desenvolver estudos interacionais sobre a empatia dentro de contextos socialmente relevantes como esse, buscando trabalhar na interface entre a Linguística Aplicada e as Ciências da Saúde.

Essa interface é relevante porque já há algum tempo a empatia deixou de ser majoritariamente de interesse restrito a terapeutas e profissionais das áreas *psi* que lidam, mais especificamente, com a esfera interna² de pacientes, e passou a constituir um elemento de fundamental interesse de profissionais da saúde em geral (WYNN, 2011). Uma gama de estudos interacionais e não interacionais sustentam a importância da empatia para o estabelecimento de compreensão mútua, cumplicidade e confiança entre profissionais da saúde e pacientes. Esses aspectos, por sua vez, contribuem para a maior adesão a prescrições, eficácia do tratamento e eficiência do sistema de saúde (DUAN, HILL, 1996; WYNN, BERGVIK, 2009; WYNN, 2012).

¹ “Uma mulher, um feto e uma má notícia: A entrega de diagnósticos de síndromes e de malformações fetais em busca de uma melhor compreensão do que está por vir e do que pode ser feito.” Coordenadora: Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann (2013).

² As áreas *psi* lidam não apenas com aspectos internos (cognitivo e afetivo), mas também com o aspecto comportamental. No entanto, a diferença entre essas áreas e os estudos interacionais é que estes últimos lidam apenas com o comportamento evidenciado pelos interagentes por meio de ações interacionais.

Por meio deste estudo, pretendemos contribuir para os estudos da fala-em-interação social por meio de uma abordagem interdisciplinar que envolve nosso comprometimento social com questões macrossociais. Tais questões macrossociais emergem nas análises microinteracionais dos atendimentos. Assim, cremos na necessidade de um comprometimento com a produção de conhecimento aplicado por meio de estudos em linguagem que não se restrinjam somente ao ambiente escolar (DE OLIVEIRA, 2009), conforme foi, por muito tempo, o contexto mais tradicional dos estudos em Linguística Aplicada. (LOPES, 1996). Nosso intuito é, através da Análise da Conversa, “[...] contribuir para uma ação profissional informada, auxiliando profissionais a aprofundarem sua compreensão e a desenvolverem novas competências” (RICHARDS, 2005, p. 6) a respeito de suas práticas, dando atenção ao nível comunicacional que constitui a profissionalidade.

A Análise da Conversa utiliza a metáfora da maquinaria para descrever a organização da ação social humana (SACKS, 1992; SIDNELL, 2010). Conforme explica essa metáfora, a fala ou, mais especificamente, a fala-em-interação, deixa de ser concebida como algo caótico e totalmente imprevisível e passa a ser vista como um sistema que, apesar de dinâmico, apresenta regularidades e, portanto, é organizado e passível de descrição. Dessas regularidades que ocorrem nas conversas, isto é, no desdobramento da fala-em-interação social, emergem várias recorrências, ou seja, ações que se repetem. Tais regularidades podem ser chamadas de fenômenos interacionais.

Há fenômenos interacionais que envolvem assuntos internos, íntimos e pessoais dos/as interagentes, possibilitando que aspectos pessoais possam emergir nas interações de forma prática, palpável e descritível. Um dos conceitos que costuma ser levantado nas discussões e análises da área interacional para se referir a indícios de questões internas (emoção ou pensamentos) dos participantes da interação é justamente o de empatia (ANTAKI, 2012; STEENSIG, LARSEN, 2008; STIVERS, 2008; LINDSTRÖM, SORJONEN, 2012).

A empatia já é objeto de estudo de várias áreas (bioética, filosofia, sociologia, antropologia, psicologia evolutiva, psicanálise e, mais recentemente, neurofisiologia), e por isso o termo empatia já recebeu diversas definições. Essas definições, no entanto, são descritas por Duarte (2009) como de caráter subjetivo ou metafísico, por lidarem majoritariamente com questões de cunho emocional ou mental, ou seja, por tomarem a empatia apenas de uma perspectiva *interna* dos participantes. Esse fato impossibilita a mensuração direta e palpável sobre o que é a empatia na prática. Talvez a isso se deva o fato de que a empatia ser, ainda, largamente tomada de forma intercambiável com compaixão e outros conceitos não apenas nos estudos interacionais, mas também em outras disciplinas,

como a psicologia, a filosofia e as neurociências, por exemplo. (AUGER, 1977; CAMINO, ROAZZI, 2009; COSTA, AZEVEDO, 2011; DE SIMONE, 2010; DIAS et al., 2011; FALCONE et al., 2008; HEPBURN, POTTER, 2007; KIM, KAPLOWITZ, JOHNSTON, 2004; MOSSMANN, 2012; PIMENTEL, COELHO JUNIOR, 2003; PUDLINSKY, 2005; REIS, 2011; ROGERS, 1985; SAMPAIO, STEIN, 1970; WYNN, WYNN, 2011). Justamente por a empatia ser utilizada intercambiavelmente com outros conceitos, presume-se que ainda faltam estudos sobre ela.

Ressalva-se que as neurociências parecem ter trazido uma integração de definições sobre a empatia ao mostrar experimentos de ordem prática com resultados de imagem que apontam como a empatia funciona neurologicamente, o que contribui para os estudos da empatia do ponto de vista de suas manifestações práticas. No entanto, ainda há a necessidade de saber como, afinal, a empatia funciona de fato na prática interacional, ou seja, como saber se há empatia em uma conversa cotidiana ou em um atendimento institucional específico e como ela se manifesta interacionalmente.

Tendo isso em vista, objetiva-se, por meio deste estudo, contribuir com as pesquisas sobre a empatia por meio da perspectiva sociointeracional, de modo a sanar uma lacuna nos estudos de empatia. Para isso, é realizada uma descrição de como a empatia se manifesta na própria prática interacional. Justificado o escopo deste trabalho, serão delineados, a seguir, os seus objetivos.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar como a empatia se manifesta interacionalmente em um contexto institucional de cuidado à saúde, a saber: durante ultrassonografias obstétricas, morfológicas e ecocardiografias fetais no setor de atendimento a gestantes de médio e alto risco em um hospital materno-infantil do SUS.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Analisar os indícios de manifestação da empatia e como eles se configuram;
- Descrever como a escuta ativa opera nas sequências de empatia.

Postos os objetivos deste trabalho, apresentar-se-á o seu modo de organização. Dividiu-se este trabalho em seis capítulos. Primeiramente apresentam-se dois capítulos (2 e 3) de revisão teórica. No capítulo 2 aborda-se a empatia e no capítulo 3 trata-se sobre os atendimentos médicos e, mais especificamente, sobre os exames de imagens, as ultrassonografias, que são o contexto dos dados que aqui se estudou com o enfoque em como a empatia se manifesta ou não nesses atendimentos. No capítulo 4, tem-se a metodologia e os pressupostos teórico-metodológicos utilizados para se desenvolver o presente estudo. No capítulo 5 apresenta-se a análise de sequências interacionais em que emerge a empatia. Por fim, no capítulo 6, apresenta-se as considerações finais onde são desenvolvidas reflexões acerca da empatia com base nos resultados das análises de dados.

2 PELOS CAMINHOS DA EMPATIA: POR ONDE COMEÇAR?

*Em Freud empatia depende da identificação e dos laços emocionais que decorrem da pulsão de vida; em Klein se apresenta como identificação projetiva benéfica; em Bion relaciona-se aos vínculos (L, K, H), o Outro é transcendência ('O'); em Winnicott traduz-se em **holding** e propicia o surgimento do verdadeiro **self**; na neurociência cognitiva depende de inferências cognitivas (teorias sobre 'teoria da mente'), e de imitação implícita (Gallese); na neuropsicologia da emoção depende de um componente emocional básico, ou das emoções primárias; na neuropsicanálise relaciona-se com a maturação do hemisfério direito (Allan Shore) e à identificação projetiva; na fenomenologia de Husserl empatia está relacionada à intersubjetividade (o outro é outro-eu); em Heidegger é a própria abertura do ser-á, ou compreensão; Levinas o rosto significa outramente, pressupõe a relação de responsabilidade e a superação do Mesmo. Relaciona-se ainda com bondade e amor. (DE SIMONE, 2010, p. 9).*

A citação que inicia este capítulo traduz a multiplicidade de perspectivas teóricas que procuram descrever o fenômeno da empatia. Essas perspectivas partem do viés das ciências psicológicas, filosóficas e, mais recentemente, neurológicas. Parece haver um grande esforço sendo empreendido no sentido de criar um “conceito integral” (DE SIMONE, 2010, p. 9) da empatia, que a abranja em sua totalidade e que seja válido tanto para os teóricos quanto para os profissionais das mais diversas áreas que lidam diretamente com pessoas nas suas práticas e que veem a empatia como elemento-chave na melhoria de suas relações com o público.

A imagem abaixo (Figura 1) é apenas um exemplo da valorização conferida à empatia e da busca de profissionais de várias áreas por inseri-la em sua prática de trabalho.

Figura 1 - Empatia no mercado de trabalho

The image shows a screenshot of a website for 'COACHING & VENDAS'. The main content is an article titled 'Crie rapport (empatia) com seu cliente para fechar a venda de seu produto ou serviço'. The article text explains that rapport is a connection of empathy and is essential for sales. It includes a photo of a woman wearing a headset, likely a sales representative. To the right of the article, there are two promotional banners: one for 'Aprenda a MAXIMIZAR seu POTENCIAL de VENDAS' and another for 'VENDEDOR de 1 MILHÃO' with the tagline 'TRANSFORME-SE EM UMA'.

Fonte: Caoching & Vendas (2014).

A Figura 1 enfatiza a importância das relações humanas que estão por trás de qualquer tipo de negociação e argumenta que para se estabelecer uma boa relação entre pessoas é

necessária uma conexão empática. Essa conexão empática seria responsável por gerar confiança mútua e facilitaria a comunicação, que, por sua vez, ocorre com base no entendimento mútuo. A página retirada da internet exemplifica um discurso largamente difundido na mídia quando se trata de qualquer tarefa ou empreendimento que envolva relação social, discurso esse que aponta a importância da empatia.

Surge, no entanto, a problemática da obscuridade que parece ainda envolver a empatia no que diz respeito às suas manifestações práticas. A limitação que surge quando se tenta definir seu escopo não é tão considerável se nos remetemos a seus conceitos teóricos, mas se torna desafiadora na hora de descrever *ações* empáticas propriamente ditas. Isso ocorre porque as teorias parecem não dar conta de explicar satisfatoriamente como a empatia funciona sob o aspecto prático e como percebê-la nas ações cotidianas.

A seguir apresentamos um breve delineamento sobre como a empatia vem sendo descrita desde que se têm notícias suas na literatura.

2.1 TRILHANDO AS ORIGENS DO CONCEITO “EMPATIA”

Un encuentro de dos frente a frente. Y cuando tu estés cerca, yo tomaré tus ojos y en su lugar colocaré los míos, y tu tomarás mis ojos, en su lugar pondrás los tuyos; entonces yo miraré en ti con tus ojos y tu mirarás en mí con mis ojos. (MORENO, 1953).

A citação que abre esta seção remete, por meio de linguagem figurada, ao movimento de profunda compreensão mútua, quando as pessoas assumem de tal forma a perspectiva da outra que é como se trocassem de olhos, isto é, colocassem-se no lugar umas das outras. Em geral, os significados encontrados para a empatia em vários dicionários remetem a esse processo de compreensão que nos faz assumir o ponto de vista do outro. Os dicionários Aurélio, Michaelis e o *Grande Dicionário da Língua Portuguesa* definem empatia como um conceito da psicologia e da filosofia que designa a faculdade de perceber de que modo uma pessoa pensa ou sente. Essa percepção ocorreria por meio da projeção imaginária ou mental de um estado subjetivo, quer afetivo, quer cognitivo, em outro ser ou em uma obra de arte. Desse modo, empatia designa também a capacidade psicológica para uma primeira pessoa sentir o que sentiria outra pessoa caso estivesse na mesma situação vivenciada por essa outra pessoa. (EDIPE, 1987).

A estudiosa de empatia Repetto Talavera (1992) esclarece que o termo *empathy* foi cunhado em inglês por Tichener.³ O termo *empathy* foi assim traduzido pela semelhança do processo da empatia com o processo da simpatia, que se chama *simpathy* em inglês. Mas o fato é que Tichener utilizou o termo *empathy* para traduzir o termo alemão *Einfühlung*. A expressão original alemã teria como significado a introspecção que é capaz de gerar um saber sobre estados e pontos de vista de outras pessoas (REPETTO TALAVERA, 1992). *Einfühlung* origina-se da raiz grega *epathón* (sentir) e do prefixo *pathie* (para dentro) (ZIMERMAN, 2012). A tradução exata do termo seria “sentir dentro” (DE SIMONE, 2010, p. 9) ou sentir com o outro desde dentro do outro (EDIPE, 1987). Nesse processo, experimenta-se a situação alheia como se fosse sua, de forma sentimental e/ou cognitiva, subjetiva ou objetiva, real ou imaginária. Seria um processo de captação intersubjetiva em que o eu e o outro perdem fronteiras definidas (DE SIMONE, 2010).

Finalizamos esta seção ressaltando que a empatia costuma ser associada ao altruísmo, isto é, ao amor e interesse pelo próximo. Isso porque a empatia seria um mecanismo passível de levar as pessoas a ajudarem umas às outras, visto que através da empatia seria possível identificar e compreender como os outros se sentem, de modo a “detectar” possíveis sofrimentos. Quando um indivíduo conseguiria sentir a dor ou o sofrimento do outro ao se colocar no seu lugar, despertaria a vontade de ajudar e de agir seguindo princípios morais de ajuda ao próximo. A capacidade de se colocar no lugar do outro, que se desenvolve com a empatia, ajudaria a compreender melhor o comportamento em determinadas circunstâncias e a forma como o outro toma as decisões. Por fim, ser empático envolveria o comportamento cooperativo, possibilitando que se tenha afinidades e identificações com outras pessoas. A seguir, apresentamos algumas noções sobre a empatia na sua primeira acepção, relacionada à arte e estética.

2.1.1 Empatia na Arte e Estética

O termo *Einfühlung* (empatia) teria surgido no campo da estética em meados do século XIX para designar o centro da relação dos sujeitos com a arte e com o abstrato. Contudo, a empatia no campo da estética traduz um processo que vai além da mera identificação com a obra de arte, mas abrange uma contemplação projetiva em que se vive a obra de arte por meio de uma projeção e penetração sensível entre o eu e o outro (ser ou objeto). Por meio de tal

³ TICHENER, C. B. Lectures on the experimental Psychology of the Thought-process. New York. Mac-Millan. 1909.

processo, através de um esforço mental, seria possível para uma pessoa projetar a própria consciência interior em um objeto exterior, a fim de compreendê-lo e senti-lo de forma mais profunda e acurada (FALCONE et al., 2008).

Assim, por intermédio das percepções da obra de arte, o estado de alma representado nos objetos pode ser despertado em quem o contempla, gerando uma experiência compartilhada ou coconstruída entre o artista e o admirador da obra.

2.1.2 Empatia na Filosofia

Como se viu até aqui, colocar-se no lugar do outro parece ser a definição mais usada e partilhada para a empatia. No século XIX, após ter surgido no campo da estética, conforme visto na seção anterior, a empatia passou a ser muito valorizada pela filosofia tendo em vista o propósito de entender a mente ou o problema dos outros. Contudo, a aparente impossibilidade física de essa ação ocorrer torna-a complexa, pois como conseguir de fato tal façanha?

Justamente essa impossibilidade foi questionada, no século XX, nos discursos dos filósofos Heidegger e Gadamer, que devido a sua orientação “antipsicologista” passaram a chamar a empatia de mito impossível ou de ilusão hermenêutica. Por isso, por um período durante o século XX, a empatia sofreu um descrédito e passou a ser negligenciada na filosofia, conforme os filósofos Da Silva (2014) e Reis (2010). Já no final do século XX e início do século XXI a empatia passou a ser um tema emergente e muito estudado por diversas disciplinas (REIS, 2010).

A empatia é descrita na área da filosofia como um movimento de intersubjetividade, de base emocional, intuitiva e cognitiva e que é inerente à natureza humana. A empatia permitiria às pessoas tomarem consciência da existência de outras mentes, podendo assim compreender e interpretar a vida psíquica alheia (DUAN, HILL, 1996; VIDAL, 2003; BROLEZZI, 2014; WISPÉ, 1986). A experiência da empatia envolveria uma projeção de si no outro de modo a se imaginar no lugar do outro e imaginar o que se sentiria estando no lugar do outro. Um exemplo de empatia seria quando uma criança acha que um brinquedo ficou triste por ter sido abandonado, conforme Reis (2010), já que a criança projeta o que ela sentiria em outro ser ou objeto e interpreta como esse ser ou objeto estaria se sentindo com base em suas próprias experiências de vida. Dessa forma, quanto mais próximos os seres e maior a similaridade entre nós e eles, mais estaríamos propensos a sentir empatia. Por isso seria mais fácil ser empático com alguém da família do que com um estranho.

Para a filosofia, a empatia se sustenta a partir do autoconhecimento e da consciência de si mesmo. O próprio eu serve, assim, de parâmetro para se ter acesso e meios de compreender o outro. Isso ocorre porque há pontos em comum entre todos os seres humanos. Já a incompreensão com o outro seria o resultado de ignorar a nossa similaridade com o outro (REIS, 2010).

Apesar de ser largamente utilizada para denominar ações pró-sociais e altruístas, a empatia pode, no entanto, servir também para orientar ações hostis e até destrutivas. Há, inclusive, o registro de o termo empatia ter sido utilizado para referir-se à capacidade dos soldados nazistas perceberem quais ações mais aterrorizariam as pessoas a fim de deixá-las em pânico durante períodos precedentes a ataques de bombas durante a Segunda Guerra Mundial (WISPÉ, 1986).

Vimos nesta seção que, conforme a filosofia, a empatia possui importante papel na organização da sociedade, pois ela tende a gerar princípios de respeito ao outro, visto que a compreensão mútua torna as pessoas mais solidárias e conscientes do todo e do papel de cada um dentro desse todo. Na próxima seção traremos alguns estudos que mostram como a empatia é concebida na área da psicologia como um todo.

2.1.3 Empatia na Psicologia

A empatia é entendida na psicologia como uma característica da personalidade e/ou do comportamento das pessoas que influencia em suas relações com os outros e com o meio em que vivem. Dessa forma, as relações sociais seriam um reflexo e resultado das perspectivas mentais e emocionais de cada sujeito, que cada um estabelece também consigo mesmo e com o mundo que o cerca. A empatia facilitaria a interação social porque ajudaria o indivíduo a coconstruir o ponto de vista do outro, criando maior afinidade e confiança entre as pessoas (DE SIMONE, 2010).

A empatia está, portanto, atrelado às experiências sociais dos sujeitos. Quanto mais necessidade se tem de conviver com determinado grupo e, assim, quanto mais se depende dele e se precisa lidar com determinadas pessoas para viver, mais se avalia e analisa o comportamento dessas pessoas e tanto mais se fica conectado a elas. A empatia é, assim, em parte um instinto de sobrevivência, de convivência e, na hipótese mais desejada atualmente, de boa convivência. Por meio da empatia seria ainda possível conhecer em maior ou menor medida a subjetividade dos outros, o que gera, por exemplo, a identificação e a pertença de sujeitos a pequenos ou grandes grupos.

Explicaremos agora como ocorre o processo mental da empatia pelo ponto de vista psicológico que, conforme proposto por Davis (1990), implica as seguintes etapas:

- a) primeiro acontece um “olhar” para o outro, o que pode se dar por meio da escuta e envolve uma tentativa cognitiva de entender o outro;
- b) depois ocorre um aprofundamento emocional, um tipo de cruzamento ou fusão com a outra pessoa, o que é muito parecido com identificação;
- c) por fim há um forte sentimento de unidade com a pessoa.

Esse processo descrito nas etapas acima ocorre, para alguns autores, de forma quase que inconsciente e intrínseca ao ser humano, além de predominantemente afetivo, enquanto para outros é um processo que resulta de esforço cognitivo consciente. Para explicar melhor essa possibilidade de a empatia resultar tanto de um afeto quase inconsciente quanto por um esforço cognitivo, descreverei a seguir os três componentes por meio dos quais a psicologia descreve a empatia. Seriam eles: o componente cognitivo, o componente afetivo e o componente comportamental. (PINHO; FERNANDES; FALCONE, 2008). Resumidamente, o componente afetivo poderia ser traduzido com sinais de compaixão e de altruísmo. O cognitivo referir-se-ia à capacidade de entender a perspectiva interna⁴ do outro. Já o componente comportamental incubir-se-ia das manifestações verbais e não-verbais da compreensão da perspectiva interna do outro (FALCONE et al., 2008).

O componente cognitivo de empatia, segundo Falcone et al. (2008), consiste em uma tomada de perspectiva em que é possível captar e inferir pensamentos ou sentimentos do outro sem que haja contágio emocional. Dessa forma, é possível perceber sentimentos sem senti-los e sacar pensamentos sem necessariamente partilhar uma concordância com seu conteúdo.

O componente afetivo da empatia, conforme postulado por Falcone et al. (2008), se desenvolveria no entendimento (empatia) e na preocupação (compaixão) para com o sentimento do outro. O componente afetivo, segundo Falcone et al. (2008), não implicaria o sentir a mesma coisa que o outro sente, mas sim o reconhecer acuradamente o que ele sente. Dessa forma, não seria preciso sentir junto com o outro, mas apenas entender o que o outro sente. O contágio emocional em si consiste em uma ação que não pode ter sua legitimidade apurada por este estudo nem pela psicologia, apenas pelas neurociências, como veremos na Seção 2.1.6 deste capítulo.

⁴ Por perspectiva interna entendem as ideias, emoções e sentimentos que fazem parte do íntimo das pessoas e que não necessariamente são externalizadas e colocadas à mostra perante os outros.

O componente comportamental, com suas manifestações verbais e não-verbais, é, segundo Falcone et al. (2008), fundamental para a efetivação empática. A empatia mostra-se uma motivação genuína para compreender e atender às necessidades da outra pessoa, mas os efeitos que a empatia pode gerar para a relação interpessoal não são percebidos quando ela não se manifesta por meio de um comportamento empírico.

Atualmente, nota-se que a empatia é percebida como um processo de múltiplas implicações imbricadas, tanto cognitivas quanto afetivas e comportamentais (FALCONE et al., 2008). Vimos até aqui que a psicologia percebe a empatia mais do ponto de vista de como ela ocorre individualmente e subjetivamente, descrevendo também o que ela pode gerar para o indivíduo na sua convivência social. Já a filosofia se preocupa em entender se e como é possível acontecer a empatia e qual o sentido dela para a existência das pessoas.

Após vermos brevemente algumas descrições que já existem para a empatia em outras áreas em que ela é relevante, passaremos a abordá-la a partir da perspectiva dos estudos interacionais, que procuram descrever como a empatia emerge na interação e quais seus efeitos interacionais.

2.1.4 Empatia nos Estudos Interacionais: Adentrando na Área de Interesse deste Estudo

A empatia do ponto de vista interacional consiste em um processo de compreensão e entendimento de aspectos internos pertencentes à outra pessoa. Esse entendimento precisa ser, de alguma forma, explicitado interacionalmente para ser empatia do ponto de vista interacional. Veremos nesta seção quais são as formas de manifestação interacional de empatia que estudiosos já encontraram. Justamente por a empatia tratar da compreensão daquilo que pertence à esfera interna, particular, íntima e psíquica e/ou emocional de outra pessoa surge uma imprecisão quanto a como mensurá-la e como tratar os aspectos práticos de sua ocorrência. Considerando que a empatia, conforme visto até aqui, é largamente relacionada com altruísmo e solidariedade social, parece que podemos vinculá-la em grande medida com a interação social e, mais especificamente, com a fala-em-interação, isso porque a fala-em-interação, ou conversa, como também podemos denominá-la, constitui-se em um conjunto de ações sociais. As pessoas agem no mundo, vivem, trabalham, estudam, tratam de sua saúde, têm seu lazer e constroem imagens de si mesmas, entre todas as outras coisas que fazem em suas vidas, em grande medida pautadas pela fala. Entendendo o falar como um agir no mundo, parece difícil desassociar a empatia em suas manifestações práticas da fala, além de gestos, expressões e outras ações interacionais possíveis. Importante é esclarecer que

encontrar ou não manifestações de empatia na conversa de forma alguma elimina a parte interna (cognitiva e emocional) de seu escopo, apenas delimita um recorte de seu complexo processo para fins de estudo e análise.

A empatia, do ponto de vista de sua manifestação interacional, vai além de discernir os estados internos dos outros e se orientar de alguma forma para eles (WISPÉ, 1986), pois a ela acrescenta-se também a ação de nomear o sentimento do outro e, assim, construir teorias sobre seu estado interno, como descrito por Pudlinski (2005). Hepburn e Potter (2007) a definem como a partilha de experiências de outra pessoa de forma imaginativa, sendo que essa partilha ocorreria, além de imaginativamente, também verbalmente. Algumas descrições mais detalhadas remetem aos processos interacionais de explicitação da empatia na seção subsequente.

2.1.4.1 Processos de Empatia na Interação

*When you felt that he or she **demonstrated** the ability to put himself or herself in your place. (BACHELOR, 1988, p. 229, grifo nosso).*

Nesta seção, ressaltamos que, se assumimos a existência da empatia nos componentes afetivo e/ou cognitivo e ela não for manifestada por meio de algum comportamento interacional, consideramos a empatia como não existindo interacionalmente. Assumimos que qualquer intenção referente a uma ação interpessoal não nos é conhecida a não ser que o próprio/a falante a externalize para seu interlocutor e, ainda assim, não temos qualquer acesso para uma possível intenção por trás da ação explicitada. Dessa forma, nem ao menos seria possível avaliar uma ação potencialmente empática como “sinceramente altruísta” ou não. Uma ação empática poderia ser empreendida para quaisquer outros fins ou até mesmo de modo casual por falantes que, sem reflexão metalinguística, nem faziam ideia de que a ação por eles empreendida tem relação com empatia. Sobre os efeitos da empatia na interação, Duan e Hill (1996) argumentam que talvez algumas manifestações de empatia gerem consequências para a interação ou para a relação entre os interagentes, mas outras não. Manifestações empáticas podem passar despercebidas ou não gerar nenhuma reação nos turnos seguintes. Cabe aos estudos interacionais descrever o processo externalizável (i.e. social) da empatia, assumindo-a como produto de processos mentais cognitivos e também afetivos, mas cujo teor psicológico não é passível de análise para estudiosos da interação social. E são esses estudos que revisamos a seguir.

Eide et al. (2004) estudaram oportunidades de estabelecer empatia em atendimentos médicos a pacientes⁵ com câncer e concluíram que uma oportunidade empática é definida como uma expressão explícita de uma emoção por um paciente durante a consulta. As oportunidades de empatia ocorreriam quando um interagente explicita algo relacionado à sua vida social ou emocional, bem como alguma preocupação, provendo informações para o médico compreender como ele se sente e comunicar seu entendimento de volta para o paciente.

Wynn (2011) descreve a empatia como um processo complexo que apresenta várias etapas, algumas delas internas e outras interacionais. A seguir é delineado o processo de empatia de forma a abrangê-lo por completo, considerando seus aspectos interacionais e internos, com base em Barrett-Lennard⁶ (1981).

Etapa 1. (A) está explicitando para (B) questões que são de alguma forma expressivas de sua própria experiência.

Etapa 2. A fala de (A) ressoa para (B), de tal forma que, direta ou indiretamente, aspectos da experiência de (A) tornam-se experimentalmente vivas e conhecidas para (B).

Etapa 3. (B) expressa e mostra em alguma forma sua consciência sobre (A).

Etapa 4. (A) demonstra como entendeu a interpretação de (B), produzindo um retorno sobre sua compreensão.

Etapa 5. (B), em seguida, responde a (A) de forma que também carrega elementos de *feedback* para (A), potencialmente de dois tipos. Um tipo está confirmando ou reparando (corrigindo) no que diz respeito ao conteúdo do ponto de vista ou senso de experiência sentida do (B) e compartilhada (expressos pela etapa 3 acima). O outro tipo possível é informativo a respeito da medida em que (B) captou uma percepção de entendimento pessoal de (A).

Exemplificamos o processo de empatia mostrando por meio de que fases Wynn e Bergvik⁷ (2009) descrevem a empatia em nível interacional:

- a) primeiramente, surge a oportunidade de fazer emergir a empatia através de indícios da situação mental do paciente explicitados por meio de marcas presentes em seus turnos de fala anteriores;
- b) em seguida, é produzido um turno potencialmente empático pelo médico, que seria, antes de tudo, uma tentativa de estabelecer a empatia com o paciente;

⁵ Pode-se notar que a maior parte dos estudos interacionais de empatia foram realizados em contextos de atendimentos médicos ou de psicoterapias.

⁶ É psicólogo e estudou com Carl Rogers na década de 1950, na Universidade de Chicago.

⁷ Ambos do departamento de psiquiatria da Universidade de Tromsø, na Noruega.

- c) após o turno potencialmente empático produzido pelo médico, abre-se o espaço para ser produzida alguma ação em resposta pelo paciente à tentativa de estabelecimento da empatia do médico⁸ para com ele, que pode ser uma confirmação ou uma desconfirmação da validade da formulação do seu estado mental.

Dessa forma, a empatia apenas estaria presente de fato na interação quando validada ou reconhecida pela “pessoa alvo da empatia”. Nesse âmbito, Hepburn e Potter (2007) corroboram que a empatia em nível prático e comunicacional nos ambientes médicos constitui-se essencialmente por duas características:

- a) a compreensão acurada dos sentimentos do paciente pelo médico;
- b) a comunicação efetiva dessa compreensão de volta para o paciente, para que o paciente se sinta, de fato, compreendido.

A resposta para a empatia pode ocorrer de várias formas, desde respostas mínimas, como “sim”, a explicações mais longas e até gestos (WYNN, 2011). A precisão da comunicação de empatia é limitada por erros de percepção, ou seja, pode-se “pensar” que se compreende outra pessoa, mas a outra pessoa não concorda com a compreensão (DUAN, HILL, 1996). Caso o paciente julgue que não houve compreensão após ter acesso à comunicação da compreensão do médico sobre seu estado interno e não concordar com a interpretação dele, há a possibilidade de lhe dizer isso, evidenciando a não ocorrência de empatia.

Sobre esse assunto, Hepburn e Potter (2007) levantam as seguintes questões:

- Qual é a natureza da compreensão?
- Como a sua precisão pode ser acessada?
- O que é exatamente a comunicação de uma compreensão?
- De forma mais geral, como os sentimentos de um paciente devem ser conceituados? (HEPBURN, POTTER, 2007, p. 11, tradução nossa)⁹

⁸ Essas fases são provenientes do seguinte trecho: “the patient-initiated empathic opportunity, (2) the empathic physician-response, and (3) the patient’s response to the empathic utterance” (WYNN, BERGVIK, 2009).

⁹ “What kind of thing is the *understanding*?

How will its *accuracy* be assessed?

What kind of thing is the *communication* of an *understanding*?

More generally, how should a patient’s *feelings* be conceptualized?”

Com base nessa citação, cabe salientar que acreditamos que a noção de compreensão é construída, negociada e ratificada (ou não) por meio da comunicação. A comunicação ocorre através de ações e comportamentos concretos, palpáveis e descritíveis. Assim, o sentimento e a emoção, bem como a própria compreensão que os interagentes possuem de um sentimento e de uma emoção, só terão sentido se forem tornados relevantes e gerenciados na e pela interação.

Por pressupor a sua validação por meio da confirmação, a empatia implica algum acesso ao estado emocional do/a interagente. Eide et al. (2004) alertam que vários estudos têm indicado que, em consultas médicas, os pacientes raramente verbalizam suas emoções de forma direta e espontânea, mas sim tendem a apresentar sinais indiretos quando uma questão emocionalmente carregada está em jogo. No caso de interações institucionais, nas quais em geral não há vínculos anteriores entre os interagentes e eles não necessariamente possuem conhecimento sobre a vida uns dos outros, estabelecer uma relação empática se torna mais desafiador, segundo Eide et al. (2004).

Isso ocorre porque é questão crucial para a noção de empatia em nível interacional que os interagentes possam assumir um posicionamento epistêmico sobre o outro (HERITAGE, 2011). Por posicionamento epistêmico entenda-se um conhecimento proveniente de experiências em comum, de saberes técnicos ou de senso comum (*common ground*). Esse saber, conforme descrito por Heritage (2011) e Clark (1996), é o que pode possibilitar um acesso à experiência de vida do outro e, conseqüentemente, um acesso ao sentimento do outro diante de alguma experiência pessoal.

As pesquisas de Bachelor¹⁰ (1988) e de Wynn¹¹ (2011) identificaram quatro tipos de manifestações interacionais de empatia. São elas: a empatia cognitiva, a empatia afetiva, o relato empático e a solidariedade empática.

A **empatia afetiva** ocorre quando emerge um tópico carregado emocionalmente (essa emoção pode ser alegre ou triste) e o/a interagente demonstra partilha de sentimentos, colocando-se no lugar do outro. O/a interagente sentir junto com o outro ou então comunicar que sabe como o outro se sente, reconhecendo seu sentimento, é uma atitude muito parecida com a compaixão, que consiste em demonstrar reconhecimento sobre como o outro se sente ou sobre sua situação. No entanto, a compaixão por si só ocorre apenas diante de situações problemáticas, como forma de demonstrar apoio e ajuda, enquanto a empatia pode ocorrer em situações negativas ou positivas.

¹⁰ Perspectiva da psicologia.

¹¹ Perspectiva interacional.

A **partilha empática** se dá quando um interagente expressa que tem algo em comum com o outro. Isso pode ocorrer por meio de opiniões ou narrativas de experiências (BACHELOR, 1988; WYNN, 2011). Denominaremos esta forma de empatia de **relato empático**, o qual apresenta situações vivenciadas pelo interlocutor que são análogas às situações experienciadas pela pessoa que é alvo da empatia.

A **solidariedade empática** ocorre quando o/a interagente demonstra ouvir com muita atenção, dando suporte, apoio e segurança para o outro falar. O efeito terapêutico de sua expressão é de passar a ideia de que “tudo vai dar certo” (WYNN, 2011, p. 7). Conforme Bachelor (1988), este tipo pode não explicitar a empatia propriamente dita, mas funciona como um componente estrutural das sequências de empatia, facilitando a compreensão mútua.

A **empatia cognitiva** é quando o/a interagente comunica sua compreensão empática sobre o outro. Sua característica diferenciadora dos outros tipos de empatia é a exatidão perceptual com que é comunicada. Enquanto o relato empático pode manifestar-se por meio da explicitação de uma experiência análoga à que o/a interagente está vivendo, a empatia cognitiva se expressa na precisão com que é formulada, segundo Bachelor (1988).

Nesses termos, para que alguém seja capaz de se colocar no lugar da outra pessoa interacionalmente por meio da empatia cognitiva, é necessário que esse alguém construa um enunciado sobre a situação ou sobre o estado mental/emocional da outra pessoa. Essa construção verbal necessita, como já falamos, de algum acesso ao estado do outro, que pode ser fruto de criatividade e/ou produto de associação a experiências análogas que foram vividas, presenciadas ou ouvidas pelo/a interagente. Trata-se, portanto, de um processo imaginativo, associativo e racional que tende a envolver emoções e sentimentos, mas que poderia se referir apenas ao que alguém estaria pensando, e não ao que estaria sentindo.

A precisão na elaboração verbal do estado interno do outro, isto é, da comunicação do entendimento que se tem da situação interna da outra pessoa, está, portanto, atrelada à posicionamento epistêmico do interlocutor e à sua habilidade de produzir um entendimento empático e de elaborá-lo através da fala (HEPBURN, POTTER, 2007; HERITAGE, 2011). Dessa forma, não basta apenas ser capaz de acessar o estado interno do outro; é preciso, ainda, fazer uso da habilidade de comunicar essa percepção para o outro.

Essa compreensão pode ser tornada relevante e gerenciada como um tópico dentro das sequências interacionais por meio de elaborações do estado mental da outra pessoa (MOSSMANN, 2012; RUUSUVUORI, 2012). Assim, ocorre empatia quando há a formulação do estado mental do interlocutor com base na interpretação de indícios presentes nas sequências anteriores da conversa.

As formulações e elaborações sobre o estado interior do outro funcionam como um dos meios de estabelecer relação empática, além de servir para checar a validade da compreensão empática, além de mostrar que se está prestando atenção e compreendendo (ou, ao menos, buscando compreender) o que foi dito anteriormente (GARFINKEL, SACKS, 1970; HERITAGE, WATSON, 1979; OSTERMANN, SILVA, 2009; SOUZA, 2009). A formulação é, dessa forma, um mecanismo caracterizador da escuta ativa e participativa, ou seja, por meio de formulações os falantes podem gerenciar conjuntamente a compreensão do que está sendo dito e feito na conversa.

Neste capítulo vimos diversas definições que já foram elaboradas para descrever a empatia por meio de estudos de diferentes áreas. Vimos também como a empatia já foi descrita em estudos interacionais fora do Brasil. Essa breve revisão teórica sobre empatia serviu para termos uma base e um ponto de partida a fim de nos orientarmos para o que já foi descoberto a respeito da empatia e o que ainda consistia em lacunas a serem pesquisadas. A seguir, apresentamos uma revisão de literatura sobre o contexto em que este estudo foi realizado, ou seja, sobre atendimentos à saúde.

3 INTERAÇÃO EM CONTEXTOS DE ATENDIMENTOS À SAÚDE

Neste capítulo apresentamos uma revisão de alguns estudos a fim de esclarecer aspectos referentes ao tipo de atendimentos dos quais provem os dados analisados neste estudo. A importância de conhecer bem o contexto macrossocial dos dados que se analisa se deve ao fato de que os fenômenos micro interacionais possuem seu funcionamento e seus sentidos atrelados não apenas ao seu contexto sequencial, ou seja, ao que é feito antes e depois deles, mas também ao contexto social mais amplo dentro do qual ocorrem.

Nesse sentido, cabe também esclarecer a relação entre fenômenos interacionais e contexto social. Ao prestarmos atenção aos atendimentos médicos, inclusive aqueles cujo foco é a realização de um exame, perceberemos que a conversa é constitutiva desses atendimentos do início ao fim. A interação constitui-se em mais do que um simples elemento presente nas consultas e exames de saúde, mas representa um meio de as pessoas agirem, fazerem-se entender e procurarem entender os outros e o que está sendo feito ali.

Ostermann e Meneghel (2012) reconhecem que o modo como se desdobram as interações entre profissionais da saúde e usuários/as é de crucial importância para a qualidade do cuidado, do tratamento e da atenção dada aos/às usuários/as e à sua saúde. As pesquisas em Análise da Conversa não pretendem empreender ações no sentido de dizer o que os/as participantes devem fazer e qual é o comportamento adequado durante um atendimento médico, nem querem determinar quais são as motivações para determinado comportamento. O foco da Análise da Conversa está no que acontece, em como acontece e que implicações as respostas a essas perguntas (*o quê e como*) têm para a interação (GILL, ROBERTS, 2012).

Desse modo, sem pretenderem propor fórmulas sobre como a interação poderia ou deveria desdobrar-se, Ostermann e Meneghel (2012) evidenciam em estudos realizados a importância de os profissionais da saúde voltarem o seu olhar para como se desenvolve sua interação com seus pacientes. Essa importância deve-se ao fato de que a reflexão sobre como as ações interacionais se desenvolvem gera a compreensão sobre suas próprias práticas, possibilitando a consciência do que está acontecendo. A consciência sobre questões interacionais fornece os meios necessários para alterar as práticas, caso isso se mostre necessário, a fim de torná-las mais humanizadas, por exemplo.

Gill e Roberts (2012) apontam que, nos últimos trinta anos, a Análise da Conversa vem se engajando no estudo de como são gerenciadas as interações em contextos da área da saúde. Esses estudos descrevem como os participantes das interações que ocorrem em contextos médicos coordenam suas ações que envolvem, muitas vezes, não apenas o/a

representante institucional e pacientes ou usuários/as, mas também podem envolver familiares, tecnologias (como as imagens do ultrassom) e documentos.

Alguns aspectos interessantes que já foram tópicos de estudos da Análise da Conversa, segundo Gill e Roberts (2012), são a investigação de como a prática médica no dia a dia se aproxima ou se distancia da educação médica que os/as profissionais da saúde receberam; como as diferenças sociais e epistêmicas entre profissionais e pacientes podem ser desencadeadoras de assimetrias sociais, regulando relações de poder e controle; qual a sistemática dos comportamentos não vocais durante essas interações; como ocorre o uso de termos técnicos da área médica nas interações entre médico e paciente. Dentre esses e outros tópicos, destaca-se como são gerenciadas as emoções dos participantes durante os atendimentos médicos.

Em consultas médicas, parece haver uma regulação social sobre não explicitar envolvimento com narrativas de problemas e queixas pessoais (RUUSUVUORI, 2005). O foco dos atendimentos costuma ser o “problema” de saúde do paciente, e não o próprio paciente ou suas histórias de vida (narrativas). Talvez isso esteja relacionado com a necessidade de gerenciar de forma otimizada o tempo das consultas de modo a cumprir a agenda diária de atendimentos. Isso também pode estar relacionado com a relação institucional entre médicos/as e pacientes, já que aberturas para narrativas pessoais implicariam maior intimidade entre os/as interagentes. Com a interação focada no/na paciente, pode-se correr o risco de perder de vista o foco na técnica médica.

No entanto, uma sequência interacional empática presume a atenção dos/as profissionais da saúde voltados para a pessoa do/a paciente, assumindo sua integralidade. Sobre a importância da empatia para a formação e para a prática médica, falaremos na seção seguinte.

3.1 EMPATIA E MEDICINA: CONSIDERAÇÕES SOBRE SUA IMPORTÂNCIA NA FORMAÇÃO MÉDICA

Sobre a empatia estudada em atendimentos da área da saúde, Eide et al. (2004) afirmam que o fato de os médicos reconhecerem as emoções dos pacientes e construírem interações empáticas tem se constituído como um elemento-chave para a satisfação de pacientes, gerando maior probabilidade de adesão aos tratamentos recomendados, além de produzir, como consequência, melhoria nos quadros clínicos de pacientes. Isso parece ser fruto da intimidade e confiança interpessoal que a empatia é capaz de promover.

Duarte (2009) enfatiza em sua dissertação de mestrado na área da medicina que a empatia por parte dos cuidadores da saúde é algo desejado e que contribui para resultados positivos para o atendimento, para a relação médico-paciente e inclusive para o tratamento. Dados os recentes avanços na qualidade técnica da medicina, muitos profissionais e instituições formadoras e de trabalho passam a voltar suas energias no sentido de desenvolver competências comunicacionais e empáticas nos médicos a fim de dar margem aos processos de humanização das relações interpessoais entre profissionais e usuários.

A Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) (Project, ACGME - Outcome) incluiu recentemente a 'empatia' e as 'capacidades comunicativas' como dois dos factores mais importantes na avaliação dos formandos. A Association of American Medical Colleges (AAMC) (Association of American Medical Colleges - Medical School Objectives Project) fala da 'empatia' e 'compaixão' como características obrigatórias de um clínico. São dois exemplos, entre vários, do reconhecimento formal da empatia e da compaixão como fenômenos associados à boa prática clínica. (DUARTE, 2009, p. 3).

A empatia é assumida por Duarte (2009) como uma questão hermenêutica já que lida com a interpretação cognitiva seguida da compreensão do outro. A controvérsia presente nos conceitos de empatia, segundo Duarte (2009), é a questão de colocar-se no lugar do outro sem julgamentos para entender seus sentimentos do ponto de vista dele. Essa questão torna-se problemática se entendemos que o eu, conforme a hermenêutica, “advoga a incontornável ligação entre a vida cognitiva/emocional do sujeito interpretativo (no seu próprio contexto pessoal) e o seu objeto de interpretação” (DUARTE, 2009, p. 5).

Duarte (2009) leva-nos a supor que para a empatia se efetivar seria necessário que o médico, como sujeito empático, fosse eliminado da relação entre o eu e outro, pois a empatia presumiria apenas o outro como objeto alvo da empatia. A anulação de quem empatiza como sujeito presume passividade, mas para haver interação não pode haver anulação nem total passividade de nenhum interagente. Além do mais, se o sentir empatia não resulta em uma ação interacional empática, é como se ela não existisse para a interação social em curso.

Com base em Duarte (2009), surgem alguns questionamentos, a saber: como poderia o médico despir-se momentaneamente de seu eu para assumir-se ser o outro e logo depois no processo de separação comunicar sua interpretação do estado interno do outro sem basear-se em suas crenças se estas são parte do ser do médico? Como poderia a mente indissociar-se de si para assumir o outro se todo olhar e toda fala são repletos do ponto de vista absolutamente particular de cada indivíduo? Até que ponto a imparcialidade seria alcançável, sendo que toda

fala está repleta de atribuições e intenções em sua grande maioria inacessíveis ao interlocutor e até mesmo inacessíveis para o próprio/a falante?

Alguns comportamentos de profissionais da medicina caracterizados como empáticos são descritos a seguir:

[...] 1) o incentivo dos médicos para que seus pacientes expressem seus sentimentos; 2) demonstração de interesse e atenção ao discurso do paciente por parte do médico, de modo que o paciente perceba; 3) não interrupção abrupta da fala do paciente; 4) verbalização de entendimento das razões do paciente para comportar-se de modo 'não-sadio'; 5) checagem do ponto de vista do paciente sobre suas queixas e sintomas ou sobre sua doença; 6) compreensão destituída de julgamentos sobre o problema do paciente; e 7) checagem e negociação com o paciente acerca do tratamento proposto, quando isso for possível. (BARROS, FALCONE, PINHO, 2011, p. 7).

Barros, Falcone e Pinho (2011) relataram a dificuldade de, por meio de seus métodos, avaliarem todos esses critérios. Elas aplicaram um questionário a 20 médicos e 20 pacientes da rede pública e a 20 médicos e 20 pacientes da rede particular, a fim de chegarem a um índice que avalie a empatia. Além disso, os médicos avaliados eram de diversas especialidades, como, por exemplo, cardiologia, dermatologia, ginecologia, pneumologia, endocrinologia, etc. Nesse caso, como as próprias autoras ponderam, parece necessário levar-se em consideração que o tipo de interação varia dependendo do tipo de exames realizados. Acrescentamos ainda que o gerenciamento interacional pode sofrer ajustes, conforme a delicadeza dos assuntos tratados.

O enfoque da pesquisa realizada por Barros, Falcone e Pinho (2011) deu-se na empatia estabelecida pelo médico para com o/a paciente. Uma das perguntas do questionário para os médicos foi “você se mostrou visivelmente interessado no que seu paciente lhe disse, de maneira que ele fosse capaz de perceber isso?” (BARROS, FALCONE, PINHO, 2011, p. 4). As opções de resposta eram “não aconteceu”, “às vezes” e “em grande parte do tempo”. A média de concordâncias entre médicos e pacientes sobre cada tópico presente nos questionários foi um critério de avaliação da acuidade empática do médico.

Os resultados do estudo de Barros, Falcone e Pinho (2011) revelam que no total houve um percentual de 36,8% de concordância e de 63,2% de discordância entre médicos e pacientes. Entre as discordâncias, em 34,6% das perguntas os pacientes tiveram uma visão mais negativa do que o médico sobre a empatia do médico. No atendimento público, o percentual de discordância entre médicos e pacientes foi de 71,4%; no setor privado esse percentual foi de 55%. Por fim, o estudo evidenciou que há falta de acuidade e de concordância entre médico e paciente sobre a empatia do médico, principalmente nos dados

do setor público. Esses resultados, segundo os autores, corroboram as precárias condições de trabalho no SUS.

O estudo ainda apontou um baixo nível de empatia por parte dos médicos, visto que ela foi validada em apenas 28% dos casos, resultado esse que remete para a necessidade de uma educação médica mais voltada para aspectos emocionais do/da paciente, concebendo-o/a como um ser humano integral.

Duarte (2009) percebeu, com a aplicação de alguns instrumentos de medição da empatia, baseados em questionários, que a empatia não é muito presente nos alunos de medicina e, ainda, mostrou que a empatia sofre um declínio ao longo dos anos de estudo de medicina. Prováveis causas para esses resultados podem ser, segundo Duarte (2009), a exigência técnica e o ambiente competitivo aliados à falta de modelos comportamentais para os médicos iniciantes, dado o enfoque às habilidades técnicas. “A imaturidade psico-afetiva do aluno, quando somada a um ambiente de profunda tensão emocional e ausência de suporte social, com a eventual possibilidade de ‘fuga emocional’ para a tecnocracia, poderá ser uma conjuntura ‘perigosa’” (DUARTE, 2009, p. 12).

A busca por desenvolver meios de facilitar e aumentar a empatia nas relações entre profissionais da saúde e pacientes parece ser resultado da crescente percepção de que, a despeito dos imensuráveis avanços tecnológicos que a humanidade alcançou recentemente, cresce com intensidade a necessidade de as pessoas darem sentido a sua natureza social e emocional, que parece ter se perdido em meio à agitação e às facilidades do mundo moderno.

Discutiremos na próxima seção, de modo mais específico, aquele que parece ser o objeto de interesse da medicina atual.

3.2 MEDICINA ATUAL E SEU OBJETO: HUMANIZAÇÃO OU TECNICIDADE?

A saúde é apontada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) como “um estado livre de sofrimento físico, espiritual e social” (DAHLKE, 1992). Nas bases da humanização dos atendimentos médicos e, portanto, da relação entre médicos e pacientes, há a preocupação com a integridade da vida humana e, em decorrência, com seu estado de saúde. No entanto, a medicina atual, segundo o médico alemão Dahlke (1992), parece operar entre a onipresente cegueira de si mesmo, com o apagamento da subjetividade dos sujeitos humanos, tendo em vista o enfoque ajustado à doença.

Ostermann e Meneghel (2012) elucidam que práticas humanizadoras não consideram os pacientes como “objetos” a serem tratados. A redução de pacientes ao seu sintoma poderia

ser observada, segundo as pesquisadoras, quando pacientes são chamados com base em sua doença, como, por exemplo, “o hipertenso” ou “o diabético”, bem como denominados pelo número de seus leitos. Dalhke (1992) discorre sobre a fragmentação do/a paciente tratado como sendo uma atitude característica das áreas que lidam com o cuidado, conforme verificamos na passagem a seguir:

A medicina acadêmica restringiu-se ao corpo, e no âmbito das reconstituições realiza muitas vezes verdadeiros milagres. [...] Quem ataca a medicina acadêmica por não curar sua alma faz como aquele que visita uma piscina pública e se queixa porque não tem vista para o mar (DALHKE, 1992, p. 22).

Martins (1981), psicanalista e escritor, aponta para a facilidade médica em diagnosticar doenças em contraste com a dificuldade em se aproximar e compreender a pessoa do doente, chamada por ele de enigma e de um todo esquivo. Assim como Martins (1981), Dahlke (1992) assume uma perspectiva psicossomática da medicina, considerando a estreita relação entre mente, espírito e corpo físico. Para essa concepção, o ser humano consiste em uma unidade inseparável, e qualquer sintoma que se manifesta na materialidade do corpo consiste em um problema de ordem espiritual com o qual nossa mente não quis lidar, jogando-o para a sombra, que consistiria em tudo que ignoramos e que preferimos não ver. Dessa forma, uma questão espiritual não enfrentada se transforma em um acúmulo de determinada energia que se materializa no corpo físico, tornando assim inevitável que lidemos com a questão. Sintomas de doenças seriam, dentro dessa perspectiva do todo, características naturais de seres humanos que são seres não perfeitos e em desenvolvimento, conforme corrobora Dalhke (1992) no trecho abaixo:

Tanto se vemos nosso estado geral de doença como um escândalo das políticas de saúde ou como sendo a necessária consequência de nosso desvio da Unidade, permanece o fato de que todos temos sintomas e, com isso, a oportunidade de crescer a partir deles. A questão é: queremos continuar tentando o que tem fracassado há milênios, ou seja, eliminá-los do mundo, ou queremos fazer o esforço de reconhecê-los como indicadores de caminho e segui-los? [...] A medicina é absolutamente a única que acredita poder eliminar coisas do mundo. Os químicos e os físicos sabem e provam que somente é possível a transformação de uma manifestação em outra, jamais um desaparecimento sem reposição. (DALHKE, 1992, p. 18).

Como vimos, Dalhke (1992) postula que não haveria sentido em apenas tentar eliminar um sintoma ou uma doença, sem que sua causa possa de alguma maneira servir de auxílio para a evolução da pessoa do/a paciente. Sobre isso, Martins (1981) afirma que a existência de doenças orgânicas de base psíquica e emocional “se origina de anelos frustrados,

vertidos dos instintos e tolhidos no seu fim pela moral dominante, que é do indivíduo e da sociedade ao mesmo tempo” (MARTINS, 1981, p. 11). O psicólogo Fábio Moraes (2004) vê a doença como um processo muito mais amplo do que algo que possa ser tratado como apenas um motivo para se ingerir remédios, visão essa que por ele é chamada de reducionista. Moraes percebe a doença como um elemento imbricado em um todo muito maior e complexo que é a pessoa que está por detrás da doença. Essa pessoa possui uma história e muitas vezes, segundo o psicólogo, essa história pode ser a chave para entender e tratar a raiz da doença.

Sobre esse assunto, Ostermann e Meneghel (2012) reiteram que a humanização reflete uma relação estabelecida entre sujeitos humanos e que essa relação deve permitir considerar não somente as necessidades demandadas por problemas de saúde dos pacientes, mas o projeto maior de felicidade e bem-estar de cada pessoa. Por fim, o uso excessivo de tecnologias em substituição às práticas de cuidado interpessoal seria mais um fator somado à lista de evidenciadores de desumanização. A esse respeito tratamos em seguida.

3.2.1 Atendimentos em Saúde com Uso de Tecnologias

O uso de tecnologia nos atendimentos em saúde constitui-se em importante avanço técnico para a área, no entanto, esse mesmo avanço técnico pode ocupar o espaço de conversas calorosas ou de um simples diálogo “olho no olho” do/a paciente. Conforme assinala Remen (1992), professora de medicina na Universidade da Califórnia, a insatisfação quanto a falta de relações mais humanas surgida em nível cada vez mais crescente em contraponto aos enormes avanços tecnológicos obtidos pela humanidade nos últimos tempos indica que a revolução científica cumpriu muito bem seu papel. Remen (1992) argumenta que nos sentimos descontentes e carentes de mais avanços justamente porque, enquanto nos preocupamos com nosso bem-estar material, a maior parte da humanidade permaneceu estagnada no que se refere à sua evolução afetiva e moral, descuidando das relações humanas.

Parece haver uma preocupação quanto à “ênfase exagerada aos aspectos tecnológicos em prejuízo do que é único e pessoal” (REMEN, 1992, p. 16) no paciente. Dessa maneira, perde-se o contato com a subjetividade e passa-se a lidar apenas com o que as doenças possuem em comum: seus sintomas. Contudo, não se pode negar o valor dos avanços tecnológicos no que se refere a exames que possibilitam um diagnóstico apurado de doenças e que permitem seu tratamento precoce, diminuindo danos à saúde e à vida dos pacientes como um todo. Há, ainda, a possibilidade de detectar a probabilidade genética de uma doença antes

mesmo que ela se manifeste fisicamente, garantindo a prevenção de doenças e poupando tanto os pacientes e suas famílias de maiores sofrimentos como minimizando os gastos públicos.

A seguir, apresentamos uma breve revisão de literatura sobre o tipo de evento interacional de onde provêm as interações em que a empatia é estudada neste trabalho. É muito importante ter conhecimento sobre o tipo de evento interacional que analisamos a fim de obter meios de compreender como as coisas se organizam nesse contexto. Isso porque esse conhecimento possibilita maior consciência a respeito de como as coisas são e do que as levou a serem de tal forma, muitas vezes diferentes de outros eventos interacionais ou dos mesmos atendimentos em outros locais.

3.2.1.1 Ultrassonografias Obstétricas

Originário do sonar, um equipamento bélico criado para a localização de submarinos em tempos de guerra, transformou-se em uma ferramenta de paz, extremamente útil para preservar vidas, principalmente a vida fetal. Talvez por sua origem guerreira, terminou provocando uma verdadeira revolução, ainda que sem armas, na propedêutica obstétrica e transformou-se em marco divisório, a partir do qual enriqueceu-se sobremaneira a metodologia de obtenção de informações fetais. (HAMILTON JÚLIO, 1998, p. 459)

No Brasil, o ultrassom obstétrico passou a ser uma importante prática médica durante as gestações a partir da década de 1980, conforme relata Chazan (2007). Os exames de ultrassonografia são procedimentos de rotina durante a gravidez. São essenciais para acompanhar e avaliar a saúde, o bem-estar e a morfologia dos fetos, bem como a saúde da mulher gestante. Do mesmo modo, as ultrassonografias podem, também, ser meios de descobrir algum problema de saúde ou anormalidade do feto (CUNHA, DUARTE, 1998; HAGEN-ANSERT, 2003; REZENDE, MONTENEGRO, 1999).

A antropóloga e médica Chazan (2007) problematiza o processo que transformou um exame médico necessário para a detecção prévia de problemas relacionados à saúde e formação do feto e também à saúde da mulher gestante, com fins de poder tratá-los, em espetáculos de consumo de imagens nos quais, através da tecnologia, é possível interagir com um feto construído como pessoa. As imagens que aparecem na tela do monitor do computador, apesar de sombras cinzentas e indistintas, teriam, nas últimas décadas, adquirido o *status* de um ser “destacado” do corpo da gestante (CHAZAN, 2007).

A significância atrelada às imagens da ultrassonografia projetadas na tela do monitor e o prazer socialmente instituído em vê-las e, inclusive, compartilhá-las publicamente implicam delicadeza em situações em que há o risco ou a existência de malformações fetais. Chazan

(2007) aponta que a expectativa, ao se realizar um exame de ultrassom, é a de receber notícias boas – tanto que as perguntas feitas com mais frequência pelas gestantes durante e após o exame seriam sobre se está tudo bem e se está tudo normal.

Há também variação na quantidade de ultrassonografias considerada necessária hoje em dia durante o período gestacional. O mínimo de exames necessários é de um a três (COUTO, SILVA, VILLAMIL, 2011; HAMILTON JÚLIO, 1998). No entanto, quando detectada qualquer possibilidade de risco gestacional, são necessários vários exames a fim de assegurar acompanhamento contínuo e detecção da necessidade de intervenções, conforme Couto, Silva e Villamil (2011). A ecografia de primeiro trimestre fornece detalhes importantes sobre o feto, mas somente no segundo trimestre pode-se realizar um estudo detalhado da arquitetura fetal. Contudo, para uma avaliação completa da anatomia fetal ainda seria necessário repetir o exame no terceiro trimestre, porque algumas anomalias levam tempo para se manifestar, bem como algumas outras anomalias podem ser transitórias e apresentar uma solução espontânea durante a gravidez, reconhece Hamilton Júlio (1998).

Existem algumas anomalias sem sinais detectáveis pelo ultrassom e que possuem origem apenas cromossômica. Estas são detectadas no exame do cariótipo fetal que recolhe fluidos do líquido amniótico ou do cordão umbilical para fins de análise cromossômica, mas não trataremos de interações que tratam exclusivamente do aconselhamento genético neste trabalho. O exame de ultrassom é capaz de detectar alterações estruturais ou funcionais, ou seja, malformações, deformações, disjunções e displasias (HAMILTON JÚLIO, 1998). Em mais de 90% dos casos em que há três ou mais anomalias menores¹² costuma ser detectada também uma anomalia maior, acrescenta Hamilton Júlio (1998).

Como vimos, a ultrassonografia permite o acompanhamento das condições de desenvolvimento do feto e possibilita acompanhamentos especiais e intervenções quando se fizer necessário. O exame ultrassonográfico em gestações de alto risco costuma estender-se e detalhar-se ao máximo, mais do que no exame rotineiro de gestações normais. Conforme a situação que caracteriza a gravidez como de alto risco, várias informações são constantemente monitoradas por especialistas a fim de tentar preservar a saúde e o bem-estar materno e fetal.

Quando um radiologista ou obstetra desconfia de alguma possibilidade de anormalidade durante a realização de uma ultrassonografia de rotina, bem como a gestante apresenta algum indício passível de englobar sua gestação em uma potencial gestação de alto

¹² Hamilton Júlio (1998) classifica as anomalias maiores como as que demandam intervenções cirúrgicas ou médicas e que apresentam impacto na morbimortalidade perinatal. Já as anomalias menores teriam menor impacto e menor risco à expectativa de vida do feto.

risco, como, por exemplo, se ela possuir diabetes, história obstétrica de natimorto, idade avançada para gravidez (por volta de 40 anos) e gestação gemelar, algumas providências precisarão ser tomadas (REZENDE; MONTENEGRO, 1999).

Duas dessas providências consistem no encaminhamento da gestante à realização de ultrassonografias obstétricas morfológicas e ecocardiografias fetais. Sobre esses dois tipos de exames tratamos na próxima seção.

3.2.1.2 Ultrassonografias de Avaliação Morfológica e Ecocardiografias Fetais

Gestantes avaliadas como pertencentes ao grupo de alto risco são normalmente encaminhadas para a ultrassonografia morfológica ou estrutural orientada devido à necessidade de uma avaliação mais minuciosa e direcionada (CUNHA, DUARTE, 1998). Confirmando-se a suspeita de qualquer alteração de um quadro considerado normal, segundo Cunha e Duarte (1998), a gestante precisa ser imediatamente encaminhada para um hospital ou centro de referência em Medicina Fetal.

Nos locais de referência são realizadas as ultrassonografias patológicas ou genético-fetais, que são feitas e analisadas sempre por uma equipe de especialistas em medicina fetal. Além das ultrassonografias morfológicas, que fornecem a avaliação detalhada de cada parte do feto, há também o exame ultrassonográfico do coração, que é realizado por um cardiologista e avalia qualquer alteração na estrutura do coração ainda em formação do feto, bem como recomenda intervenções urgentes para logo depois do parto quando necessário. Esse exame é de suma importância por possibilitar que gestantes cujos fetos talvez necessitem de cuidados especiais logo após o nascimento possam ter seu parto encaminhado para hospitais que possuam a estrutura necessária para tais cuidados especializados. Assim, a ultrassonografia realizada por um especialista viabiliza a indicação dos próximos procedimentos, invasivos ou não (REZENDE, MONTENEGRO, 1999). Dentre os próximos procedimentos indicados possíveis consta o exame de cariótipo fetal e a realização do aconselhamento genético pré-natal.

É valioso atentar-se para o fato de que o ultrassom não é em si mesmo um diagnóstico, mas consiste em uma ferramenta auxiliar que deve ser interpretada pelos médicos de forma associada com outras informações sobre o caso gestacional específico, inclusive porque uma imagem mal capturada devido à má posição do feto ou devido a gestações em que os fetos se sobrepõem poderiam gerar alardes ou intervenções equivocadas caso fossem tratadas como diagnóstico isolado e infalível. Nesse sentido, cabe destacar a importância crucial da exatidão

que se possui sobre a idade gestacional, pois tal aspecto é um parâmetro que, relacionado com os demais fatores da gestação, como medidas fetais, estudo da placenta e do líquido amniótico, história prévia da gestante e outros, serve para avaliar o desenvolvimento do feto (HAMILTON JÚLIO, 1998).

Este capítulo revelou importantes aspectos referentes ao tipo de evento interacional de que provem os nossos dados, os quais serão apresentados no decorrer deste trabalho. No próximo capítulo apresentamos a metodologia que embasa este estudo.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo, tratamos dos métodos que envolvem a geração e a análise de nossos dados.

4.1 GERAÇÃO DE DADOS: ORIGEM DOS DADOS E QUESTÕES ÉTICAS

Para a realização deste estudo, trabalhamos com a análise de um corpus de 140 atendimentos médicos à saúde da mulher em um hospital materno-infantil do SUS situado na região metropolitana do sul do Brasil. Esses atendimentos estão divididos em: 52 atendimentos de ecocardiografias fetais, 66 atendimentos de ultrassonografias obstétricas e 22 atendimentos de ultrassonografias morfológicas. No quadro abaixo é possível visualizar a configuração do corpus utilizado.

Quadro 1 – Corpus

Tipo de atendimento	Gravados em áudio	Gravados em vídeo¹³	Médicos/as envolvidos
Ecocardiografia fetal	52	49	1
Ecografia obstétrica	66	60	6
Ecografia morfológica	22	22	6
Total	140	131	13

Fonte: Projeto “Uma mulher, um feto e uma má notícia: A entrega de diagnósticos de síndromes e de malformações fetais em busca de uma melhor compreensão do que está por vir e do que pode ser feito.” Coordenadora: Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann (2013).

Todos os atendimentos foram gravados em áudio. Além disso, gravamos em vídeo as imagens projetadas no monitor do computador durante a realização do exame. A preocupação em contar também com o registro da imagem do monitor se justifica pela possibilidade de ter

¹³ Somente as imagens projetadas no monitor do computador durante a realização do exame foram registradas em vídeo.

acesso à fonte de muitos dêiticos¹⁴ produzidos pelos participantes da interação ao tratarem do foco central do exame que está justamente projetado no monitor¹⁵.

Após a coleta, os dados gerados em áudio e vídeo foram transcritos de acordo com as convenções de transcrição¹⁶ propostas por Gail Jefferson (1984), que foram traduzidas e adaptadas pelo grupo de pesquisa *A Fala-em-interação em Contextos Institucionais e Não-institucionais* (FEI). A transcrição dos dados coletados, enriquecida com as notas de campo tomadas durante as interações, serve como registro de dados indispensável para uma análise detida do conteúdo e da forma que tomou a interação. As transcrições viabilizam, também, o manuseio e o compartilhamento das análises com a comunidade científica e com os sujeitos envolvidos na pesquisa, bem como com todos os demais interessados no assunto.

Por isso, a transcrição consiste em uma tentativa de captação e reconstituição do fato ocorrido da forma mais fiel possível. Apesar do esforço que empreendemos para assegurar a máxima imparcialidade ao lidar com os dados, sabemos que sempre há pontos de vista e expectativas presentes em nossas ações (SILVERMAN, 2009); afinal, não há como as pesquisadoras se desvencilharem de sua subjetividade durante seu trabalho.

Justamente devido à responsabilidade de lidar com interações naturalísticas, adotamos determinadas medidas éticas a fim de preservar de maneira total a identidade das participantes que foram gravadas. O termo “naturalístico” designa interações gravadas em contextos cotidianos ou institucionais que ocorreriam de qualquer modo, com ou sem a presença do gravador e com ou sem o desenvolvimento de uma pesquisa acadêmica. Como o nosso foco constitui-se nas interações em si, trocamos por nomes fictícios todos os nomes próprios citados durante a interação gravada, incluindo aqui referências a pessoas, cidades, bairros, ruas e instituições, como hospitais, escolas, etc.

Cabe também esclarecer que todos os participantes desta pesquisa tomaram conhecimento da natureza e dos propósitos do projeto maior do qual este estudo deriva. Antes de se tornarem participantes da pesquisa, foi explicada às gestantes a natureza da pesquisa, e elas tiveram a oportunidade de fazer perguntas sobre ela, bem como de ler o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). As gestantes apenas assinaram o TCLE quando e se concordaram em participar. Uma cópia deste termo ficou em poder das próprias participantes.

¹⁴ Os dêiticos são termos cujo sentido está totalmente atrelado ao contexto de sua enunciação, como, por exemplo, os termos “aqui”, “ali”, “este”, “aquele”, entre outros.

¹⁵ Ao referirmo-nos à tela do monitor do computador, consideramos que ela contém as imagens do feto e as informações técnicas sobre o feto. Tratam-se de dois elementos cujos significados tendem a ser mais acessíveis aos médicos/as que possuem conhecimento técnico e experiência com relação a ambos.

¹⁶ As convenções de transcrição utilizadas neste trabalho encontram-se no Anexo A.

Os médicos e as médicas que aceitaram participar da pesquisa também conheceram anteriormente o projeto de pesquisa maior, bem como receberam e assinaram o TCLE.

As gestantes e os profissionais que aceitaram participar desta pesquisa foram acompanhados por uma pesquisadora ao entrarem na sala de atendimento. Cada pesquisadora procurou manter-se sentada em um canto da sala sem intervir na interação em andamento, a fim de que a sua presença fosse quase imperceptível e não causasse interferências no desenvolvimento natural do evento institucional que estava em curso. Desse modo, utilizamos, em nosso estudo, interações compreendidas como “naturalísticas”.

Possíveis interferências causadas pela presença da pesquisadora durante a ocorrência do evento gravado limitaram-se ao fato de as participantes da interação terem a consciência de estarem sendo gravadas, visto que as pesquisadoras não participaram da interação e não propuseram assuntos a serem tratados, roteiros, questionários ou quaisquer outros tipos de ações. Em outras palavras, a participação das pesquisadoras durante os atendimentos foi apenas de acompanhá-lo para, assim, realizarem anotações de cunho etnográfico das ações que não foram “captáveis” via áudio, mas que são tão caras a estudos interacionais como o que aqui propomos, como direção do olhar, movimento do corpo, gestos, choro, riso sem som, expressões faciais, entre outras tantas.

Conforme mencionado anteriormente, além dos áudios, dos vídeos e das transcrições, utilizamos também notas de campo de natureza etnográfica, feitas durante a inserção no ambiente em que aconteceu a coleta. Por meio do conjunto desses dados, considerando áudio, vídeo e anotações de cunho etnográfico, é possível analisar de forma detalhada e minuciosa o conteúdo linguístico-interacional das conversas que emergem durante os atendimentos, bem como é possível considerar todo o contexto que envolve as interações de modo a evidenciar quais as implicações dos fenômenos microinteracionais no desdobramento das questões e relações sociais mais amplas que emergem nesse contexto.

A seguir serão apresentados alguns esclarecimentos sobre como funciona o processo de análise dos dados cuja natureza foi aqui apresentada.

4.2 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

As análises foram feitas com base nos pressupostos da Análise da Conversa (SACKS, 1992; SACKS, SCHEGLOFF, JEFFERSON, 1974. São as descrições minuciosas que possibilitam a reflexão sobre como ações sociais são realizadas por meio de interações sociais.

A perspectiva teórico-metodológica aqui utilizada será tratada de modo mais específico nas seções a seguir.

4.2.1 Análise da Conversa

A Análise da Conversa (doravante também tratada por AC) consiste em uma abordagem que concebe a fala-em-interação social como um sistema organizado e, portanto, descritível e sistematizável. Seu objetivo é entender a estrutura e os mecanismos de organização da interação social humana por meio da descrição e análise minuciosa e detalhada das sequências de turnos de fala e dos fenômenos interacionais que estão presentes nessas sequências. Desse modo, seu “objeto de estudo é a organização interacional das atividades sociais” (HUTCHBY, WOOFFITT, 1998, p. 14).

Gumperz (2008) discorre sobre o efeito da sequencialidade no processo das construções discursivas face a face ao tratar da contribuição da AC para os estudos etnometodológicos. Cada ação interacional realizada, por meio de gestos, palavras, sorrisos ou outros sinais, consiste em uma ação social no mundo. Concebe-se a linguagem não como uma simples ferramenta de descrição, mas como um meio de realizar ações no mundo, tais como fazer uma pergunta, um pedido, uma avaliação ou um convite. Cada ação serve a um ou mais propósitos e é parte de uma situação e de uma relação social construída por meio dela. Dessa forma, ratificamos que não há como conceber o sentido de um ato de fala isolado, mas como uma 1) resposta a algo que veio antes e como um 2) motivador/provocador/solicitador de uma reação em resposta.

A sequencialidade da conversa consiste, portanto, em um conjunto de sequências menores formadas por dois turnos chamados de pares adjacentes (SCHEGLOFF, 2007). Os pares adjacentes são assim denominados por estarem situados um após o outro ou então próximos uns dos outros, bem como porque a ausência da segunda parte é notada se não provida. Como exemplo de pares adjacentes, podemos citar a saudação – em que temos a primeira parte de par adjacente (“oi”) e a segunda parte de par adjacente (“oi”) –, bem como o convite – seguido de aceite ou recusa –, a pergunta – seguida de uma resposta – e assim por diante. Conforme Harvey Sacks (1992), cada turno que é produzido por um falante constitui-se em uma ação interacional que busca outra ação a seguir, sendo que a segunda ação deve ter relação com a primeira. A seguir, apresento alguns exemplos de pares adjacentes:

Quadro 2 - Pares Adjacentes

<i>Ação da Primeira Parte do Par Adjacente (1PP)</i>	<i>Ação da Segunda Parte do Par Adjacente (2PP)</i>
Chamamento	Resposta
Saudação	Saudação
Convite	Aceite/Recusa
Oferta	Aceite/Recusa
Pedido de intervenção	Concessão/Negação
Pedido de informação	Resposta informativa
Acusação	Admissão/Negação
Despedida	Despedida

Fonte: Stivers (2012, p. 192, tradução nossa).

Os/as falantes estão o tempo todo fazendo sentido daquilo que o/a outro/a disse e explicitando suas opiniões a respeito do que foi dito, assim como podem demonstrar que não entenderam a fala do/a outro/a, por exemplo. A AC se ocupa em estudar como funciona a organização da conversa e explicar como os/as falantes se comportam interacionalmente em diferentes contextos específicos, tanto aqueles que se referem a eventos cotidianos como aos eventos institucionais. “Um objetivo básico da Análise da Conversa é identificar as ações empreendidas pelos participantes da interação e descrever as práticas particulares da conduta através das quais eles realizam essas ações” (SIDNELL, 2012, p. 78, tradução nossa).

Visto ser o objetivo da AC descrever e entender como as pessoas se comunicam em diversos contextos específicos reais, utilizamo-nos apenas de interações naturalísticas, isto é, de conversas cotidianas ou institucionais que aconteceriam de qualquer modo, independente de uma pesquisa estar sendo feita, e que transcorrem normalmente, sem intervenções deliberadas das pesquisadoras, sendo gravadas, transcritas e analisadas conforme a perspectiva êmica. Essa perspectiva de análise considera sempre a posição dos/as interagentes na medida em que é explícita, ou seja, não cabe a quem analisa os dados emitir juízos de valor ou interpretar atitudes interacionais conforme o seu próprio ponto de vista, mas procurar descrever e interpretar aquilo que aparece nos dados de acordo com a compreensão dos/as próprios/as participantes da interação conforme esta é explicitada nas suas ações subsequentes.

4.2.1.1 Etapas de Análise da AC

A AC envolve basicamente a observação e descrição da interação humana. Sidnell (2012) salienta que isso se dá por meio de interações naturalísticas. Tais dados costumam ser gerados em áudio e/ou vídeo e posteriormente devem ser transcritos conforme convenções de transcrição que deem conta dos detalhes que envolvem a produção interacional.

Ao se debruçar sobre a interação humana, emergem aos olhos do observador os métodos de comportamento dos interagentes e, destes, torna-se possível depreender regularidades. Essas regularidades podem ser agrupadas para fins de descrever determinada recorrência interacional de forma geral, elencando suas propriedades e particularidades microinteracionais (SIDNELL, 2012).

Após o discernimento das nuances de determinada recorrência interacional e suas propriedades, selecionam-se alguns excertos, a fim de se realizar uma análise detalhada das ações microinteracionais presentes nas sequências interacionais em que a recorrência interacional emergiu dentro de um contexto específico. Faz-se, então, uma análise qualitativa dos contornos que aquela ocorrência assume em uma situação específica, como os/as interagentes lidam com isso e quais as suas consequências para o curso daquela interação. Parte-se, assim, do micro para o macro, ou seja, utiliza-se o linguístico-interacional para compreender o social, já que a vida acontece permeada pela comunicação e por relações sociointeracionais.

Para se selecionar uma ação entre muitas possibilidades, é necessária uma análise de vários elementos de ordem microinteracional, ou seja, de vários elementos interconectados, mas que podem ser selecionados separadamente somente para o fim de realizar um recorte analítico, tendo consciência de que tal não esgota as possibilidades do todo. Entre os elementos, estão a parte linguística dos turnos, as pausas, os gestos, as expressões faciais, etc. Cada elemento, na fala-em-interação, é conectado com várias outras coisas (ANTAKI, 2011; SIDNELL, 2010), visto que cada ação interacional possui várias camadas de análise.

A seguir, apresentamos a perspectiva etnometodológica, que influenciou largamente a emergência da perspectiva da AC.

4.2.2 Etnometodologia

Por volta de 1965, formaram-se vários grupos de estudo sobre a obra de Garfinkel¹⁷. Eles se reuniam em seminários e passaram a formar aquilo que foi chamado de “rede”, cujo centro estava na UCLA, onde Garfinkel lecionou desde 1954. A partir daí, formou-se uma cisão dentro dos núcleos de sociologia, e uma nova perspectiva passou a se distanciar dos métodos tradicionais da pesquisa sociológica.

A sociologia “pura” era aquela que permanecia tratando de temas tradicionais, como educação, organizações, etc., por meio de uma metodologia que adota a perspectiva ética¹⁸, a análise quantitativa e que pressupõe “modelos” existentes no mundo exterior às pessoas, sendo que estes modelos seriam pré-existentes às suas ações.

A etnometodologia se diferencia dessa sociologia “canônica” por tratar do comportamento social das pessoas partindo de uma abordagem que adota a perspectiva êmica. Além disso, em vez de se basear em “modelos” de organização e de comportamentos sociais apriorísticos, propõe as noções de “processos” e “realizações contínuas” das pessoas. Desse modo, cabe a quem adota tal método voltar-se para o mundo empírico e aproximar-se dos participantes da pesquisa a fim de alcançar suas práticas com vistas a explorar os contextos sociais em que estas se situam e que são por elas criados.

Ressalta-se a estreita relação entre a etnometodologia e o interacionismo simbólico. Conforme Coulon (1995), foi Garfinkel quem popularizou o método qualitativo na pesquisa social de campo. Além disso, Garfinkel considerou a concepção que os atores fazem para si do mundo social como objeto de estudo¹⁹. A perspectiva etnometodológica ainda considera que a interpretação e a quantificação extraída dos dados seria um método que, ao buscar a dita “objetividade”, afasta-se do mundo social que deseja estudar (COULON, 1995).

Um dos conceitos centrais da etnometodologia é a questão de não haver “essências” definitivas no mundo, independentes dos atores sociais, mas sim construtos da vida cotidiana baseados em processos continuamente ressignificados em cada nova interação social. O significado social dos objetos se deve ao fato de lhes darmos sentido no decurso de nossas interações. Se alguns desses significados gozam de estabilidade no tempo, devem ser

¹⁷ Em 1946, Garfinkel fez seus estudos doutorais na Universidade de Harvard, sob orientação de Talcott Parsons. Em 1949, publica seu primeiro trabalho sobre homicídios inter e intrarraciais e sobre seus processos de condenação. (COULON, 1995).

¹⁸ Segundo Garcez (2002), a perspectiva “ética” sustenta análises e interpretações conforme a perspectiva do/a analista, isto é, seu ponto de vista. Ela se opõe à perspectiva “êmica”, por meio da qual se descrevem os dados considerando a perspectiva que os próprios participantes demonstram ter sobre o que está acontecendo.

¹⁹ Perspectiva êmica.

renegociados a cada nova interação. A interação é concebida pela etnometodologia como uma ordem negociada, temporária, frágil, que deve ser permanentemente reconstruída a fim de interpretar o mundo (COULON, 1995, p. 16).

As maneiras de falar desencadeiam a compreensão do que está sendo feito. A conversa é intersubjetivamente construída. Dessa forma, mesmo com uma frase “gramaticalmente incompleta” ou mesmo com apenas um gesto, como um sorriso, por exemplo, os interagentes podem não ter dificuldade de se entenderem, pois operam intersubjetivamente e com base no senso comum, que é um conhecimento supostamente partilhado.

A partir disso, podemos concluir que a etnometodologia é o estudo empírico dos métodos práticos que pessoas utilizam para realizar as suas atividades cotidianas, desde as mais corriqueiras até as institucionais. Trata-se da análise e descrição dos métodos usados para dar sentido e ao mesmo tempo realizar ações quaisquer. O pesquisador observa um acontecimento e passa a se interrogar de modo a documentar um padrão subjacente, com base em senso comum, em outros casos parecidos (formando um conjunto). Assim, o objeto de estudo da etnometodologia é a parte observável e descritível do modo como os atores sociais “atualizam”²⁰ as regras (de conduta social).

Abaixo, segue uma definição da atividade prática da etnometodologia.

A observação/descrição atenta e análise dos processos aplicados nas ações de modo a pôr em evidência os modos de proceder pelos quais os atores sociais interpretam constantemente a realidade social, inventam a vida em uma permanente bricolagem [...] utilizam a linguagem como recurso. (COULON, 1995, p. 32).

Situando, assim, a AC como uma vertente etnometodológica, atentamos para o fato de que o seu foco não é apenas a linguagem em si, mas as ações sociais (entendidas aqui como ações interacionais) realizadas por meio da linguagem. Portanto, a ênfase de nossos estudos não é a língua, mas o modo como os interagentes se valem dela para agir no mundo.

Alguns conceitos-chave da etnometodologia são *indicialidade*, *reflexividade*, *accountability* e *noção de membro*. (COULON, 1995). A *indicialidade* trata da natural incompletude e imprecisão das palavras e expressões linguísticas. Assim, as expressões “tiram o seu sentido do próprio contexto” (COULON, 1995, p. 32). Essa noção sugere que, “embora uma palavra tenha uma significação trans-situacional, tem igualmente um significado distinto em toda situação particular em que é usada” (COULON, 1995, p. 33). A compreensão do que é dito não se dá somente com base nas significações prototípicas (de dicionário) socialmente

²⁰ Para a sociologia tradicional, segundo Coulon (1995), eles apenas seguem as regras.

atribuídas às palavras, mas exige um trabalho interpretativo de marcas de várias ordens além das linguísticas. Ainda assim, cabe ressaltar que a interpretação dessas marcas não tende a se esgotar em um sentido “correto” ou ideal, daí a noção de relação intersubjetiva dada à fala-em-interação social, pois cada interagente produz, de forma singular e, portanto, inacessível, sentido ao que é dito e feito na interação.

Todas as formas simbólicas, como os enunciados, os gestos, as regras, as ações, comportam uma ‘margem de incompletude’ que só desaparece quando elas se produzem, embora as próprias compleções anunciem um ‘horizonte de incompletude’. (COULON, 1995, p. 34)

A ideia de *reflexividade* aponta a existência de uma espécie de “código implícito” entre grupos sociais. Isto é, conforme a reflexividade assume-se a existência de regras que orientam o que é e o que não é um comportamento “aceitável” em uma dada situação sem que seja necessária a explicação dessas “regras”. Por meio de não-ditos, nós nos entendemos e gerenciamos mecanismos que visam evitar constrangimentos ou intencionalmente criá-los. O contrário disso seria resultado de um “erro de cálculo” das regras ou do desconhecimento dos padrões de comportamento subjacentes a certos contextos ou comunidades sociais. Coulon (1995, p. 41) atesta que “os membros se desinteressam pelas circunstâncias [...] e ações práticas enquanto temas. Não se preocupam em teorizar e consideram essa reflexividade como algo evidente”, demonstrando-a nas atividades concretas.

Conforme o conceito chamado *accountability*, as atividades se traduzem em si mesmas e se autoexplicam por meio de suas próprias agendas, rotinas e tarefas. Por intermédio desses procedimentos cotidianos e autoexplicativos, segundo Coulon (1995), tem-se a descrição simbólica de instituições, considerando que estas são continuamente gerenciadas, de modo que não preexistem às ações das pessoas que as produzem, nem tampouco tornam-se estáticas e acabadas.

Nesse capítulo, esclarecemos as bases teórico-metodológicas que sustentam este estudo, bem como foram apresentadas informações referentes aos dados aqui utilizados e sobre como se deu o registro desses dados. Esses aspectos são importantes por demonstrarem a seriedade quanto aos procedimentos que fazem parte deste estudo. A seguir, na análise de dados, verificaremos se e como emerge a empatia nos eventos interacionais aqui estudados.

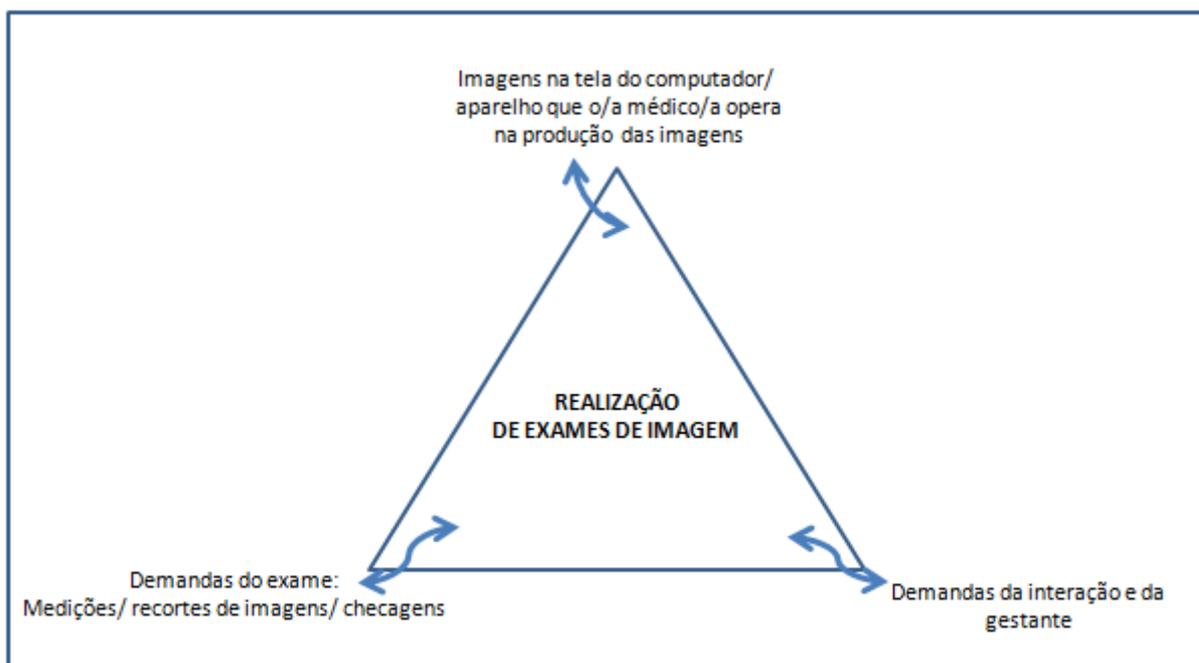
5 ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo, são analisadas interações de exames de ultrassonografias obstétricas e morfológicas, além de ecocardiografias fetais, conforme descritas no Capítulo 4. Antes de apresentarmos as análises das sequências interacionais propriamente ditas, teceremos uma breve descrição de características dos eventos interacionais dos quais provêm as sequências aqui analisadas. Essa descrição será útil para a compreensão das ações analisadas tendo-se em vista seu contexto macrossocial, bem como o quanto o contexto mais amplo dos atendimentos está influenciando as recorrências microinteracionais e vice-versa.

5.1 DESCRIÇÃO DO CONTEXTO PESQUISADO

Descrever o contexto pesquisado nos auxilia a compreender as especificidades do tipo de interação institucional envolvido neste estudo. Como qualquer outro tipo de evento institucional, as consultas médicas em que são realizados exames de imagem obedecem a determinado roteiro mais ou menos pré-definido tendo em vista alcançar os objetivos daquele encontro. O objetivo desse tipo de atendimento envolve questões técnicas, como podemos visualizar na figura a seguir:

Figura 2 - Situação de comunicação durante a realização de exames de imagem



Fonte: Elaborada pela autora.

Essa figura mostra as demandas que operam durante os atendimentos em que são realizados exames de imagem, ou seja, as ultrassonografias obstétricas simples, morfológicas e as do coração do feto. Vemos pelas três pontas do triângulo que não se trata de uma interação “direta” entre médicos/as e gestantes e que os interagentes não estão frente a frente para uma conversa “olho no olho”. Isso porque a interação que é estabelecida entre ambos pode, porventura, nesse contexto específico, envolver ainda acompanhantes e outros médicos²¹, os preceptores, que auxiliam os residentes a realizarem seu trabalho.

A interação em atendimentos nos quais se realizam ultrassonografias é de certa forma mediada pelo aspecto central do evento que parece estar todo o tempo em foco e para o qual todos os participantes voltam a sua atenção. Esse aspecto central são as imagens na tela do computador do exame que apesar de bastante imprecisas e por vezes de difícil decodificação para pessoas leigas são comumente encaradas como o próprio feto. Como exemplo disso, percebemos durante as coletas de dados que ao se referir às imagens, os interagentes costumam usar, nas interações, os termos “bebê” e “nenê”, descrevendo suas partes, características, personalidade (por exemplo, se está mais agitado, então seria um bebê “aprontador”; se está calmo, seria um bebê obediente e tranquilo) e, inclusive, chamando-os pelo nome, quando já escolhido. Assim, os olhares dos interagentes de fato não se voltam uns aos outros; voltam-se todos para a imagem representante do feto e em torno da qual todos estão ali e que tende a ser o tópico da conversa.

A ação principal do evento institucional parece ser a realização do exame em si. Nesse sentido, lidar com a demanda de medir com a maior acurácia possível todos os aspectos que o protocolo do exame que está sendo realizado necessita parece mais relevante, no momento do atendimento, do que lidar com demandas situadas da própria gestante, como queixas, preocupações ou aspectos emocionais que podem se apresentar como problemáticos para a gestante, mas não para o exame em si. O que parece ser mais importante no momento do exame é o exame em si, cujo teor abarca ações técnicas de captura de imagens e informações para compor um laudo.

Contudo, a demanda principal da interação não exclui o fato de emergirem outras demandas, como questões pessoais da gestante, conforme delineamos há pouco. Cabe perceber como os médicos lidam com essa pluralidade de demandas considerando os elementos de ordem técnica que operam na interação.

²¹ Por se tratar de um hospital onde há médicos realizando suas residências médicas, geralmente o exame é realizado por um médico residente que, ao final, chama um médico já experiente e concursado para trabalhar naquele hospital público para checar se as medições feitas durante o exame estão corretas e satisfatórias. Esses últimos médicos que orientam os residentes são chamados neste trabalho de preceptores.

No que se refere a leitura das análises de sequências interacionais apresentadas neste capítulo, há que se considerar que, no presente estudo, contamos somente com dados em áudio e anotações de cunho etnográfico, além das imagens projetadas na tela do monitor do exame. Observe-se que a empatia, assim como muitos dos fenômenos interacionais estudados pela AC, evidencia-se na fala-em-interação social por meio de um conjunto de ações que não se restringem à fala propriamente dita, mas que abrangem um escopo maior que inclui gestos e expressões faciais, por exemplo. Visto que não contamos aqui também com dados em vídeo dos interagentes durante o desdobramento das interações, nossa análise torna-se restrita à natureza dos dados dos atendimentos a que temos acesso. Por isso, considerando que gestos podem constituir-se em ações interacionais, limitamo-nos a analisar as ocorrências de empatia dentro das possibilidades garantidas pelo tipo de dados com que contamos sem, contudo, negligenciar provável parcialidade das informações, já que assumimos que as ações interacionais são performadas através de diferentes campos semióticos envolvidos em uma interação (tais como escolhas lexicais, linguísticas, gestuais, etc.).

É importante também enfatizar que, por estarmos desenvolvendo uma pesquisa de cunho qualitativo, os resultados aqui encontrados são singulares e não necessariamente generalizáveis, nem passivos de serem tomados como “modelos de empatia”. E isso se deve, em parte, porque estamos lidando com interações específicas em que os interagentes não estão frente a frente, como seria o caso, por exemplo em consultas médicas em que não há exames físicos ou em sessões de terapia, em que a linguagem, em si, consiste no atendimento.

Tendo esclarecido tais aspectos sobre nossos dados e análises, apresentamos a seguir descrições de recorrências relevantes para este trabalho que foram encontradas nos dados, com ênfase, é claro, nas sequências interacionais que envolvem empatia.

Conforme discutido na revisão de literatura deste trabalho, a empatia refere-se ao colocar-se no lugar do outro no sentido de demonstrar compreensão sobre esferas particulares do outro. Essa compreensão sobre o outro denota um entendimento que vai além do aparente, mas que abrange aspectos interiores e particulares da outra pessoa. Assim, a compreensão que caracteriza a empatia presume algum acesso ao estado emocional ou mental do outro, bem como à situação de vida do outro.

Posto isso, a descrição *interacional* de empatia envolve não apenas um turno de fala (ou apenas um enunciado), mas abrange toda a sequência em que a empatia emerge. Assim, dentro da perspectiva teórico-metodológica aqui adotada, uma ação empática não será abordada como um turno isolado, mas por uma análise sequencial de turnos, guiando nosso

olhar para como as ações se formam *no* e *pelo* curso da interação, considerando o que as precede e o que as sucede ao longo do desdobramento interacional.

Cabe também salientar que o foco de nossa análise está centrado em turnos de fala-em-interação em que seja explicitado algum indício de compreensão do/a falante corrente sobre aspectos pessoais do/a interagente. Contudo, também nos atentamos para turnos de fala-em-interação em que há a *busca* por demonstrar compreensão sobre o outro, mesmo que essa tentativa de compreensão não seja confirmada, mas permaneça sendo apenas uma *tentativa* de compreender o outro, o que chamaremos aqui como uma ação “potencialmente empática”.

A seguir, apresentamos a descrição de recorrências de sequências em que a empatia emergiu nas interações analisadas.

5.2 EMPATIA COGNITIVA

A empatia cognitiva foi descrita na revisão de literatura deste trabalho como a ação de comunicar uma compreensão empática sobre o outro (WYNN, 2011). Sua característica diferenciadora dos outros tipos de empatia é a exatidão perceptual com que é comunicada, ou seja, a capacidade de reconhecer e compreender aspectos referentes à outra pessoa, bem como de comunicar a ela com precisão essa compreensão (BACHELOR, 1988).

Encontramos em nossos dados a empatia cognitiva expressa por meio da ação de formulação²². Cabe esclarecer que o tipo de empatia denominado por empatia cognitiva não necessariamente se refere a formulações de aspectos cognitivos do outro, mas sim à capacidade cognitiva do/a falante que produz empatia de captação e entendimento de quaisquer aspectos particulares do/a interagente. Mais especificamente, encontramos três tipos de formulações de empatia cognitiva. O primeiro tipo formula a situação interna (emocional ou mental) do/a interagente, ou seja, como ele se sente ou como ele está. O segundo tipo formula situações ou experiências de vida atuais ou não do/a interagente. O terceiro tipo formula como o/a interagente é, ou seja, propõe uma “interpretação candidata” sobre a personalidade do/a interagente. O primeiro tipo, formular a situação interna do outro (seu estado emocional ou mental) seria dizer algo como: “*Você está triste hoje*”. Já o segundo, formular a situação vivida pelo outro, seria algo como: “*Deve ser difícil passar por isso*”. Já o terceiro, formular como o outro é, seria similar a dizer algo como “*Você é muito corajosa*”. Descreveremos esses diferentes tipos nas próximas subseções.

²² Veja mais sobre formulação na seção 3.1 deste trabalho.

5.2.1 Formulação da Situação Interna do Outro – Sobre Como a Paciente se Sente

O Excerto 1 é proveniente de uma ecocardiografia fetal. Essa interação ocorreu logo no início do atendimento, quando a cardiologista estava iniciando a realização do exame e preenchendo os dados da gestante no computador, visto que esses dados aparecerão posteriormente no laudo do exame. A cardiologista questiona a gestante sobre outros filhos que ela possa ter.

Excerto 1 - HMF_ECOCARDIO_LUANA_ariane_08_01_14

39 LUANA: ele é o teu <terceiro> filho †né
 40 ARIANE: é::
 41 LUANA: e tu já tem guri?
 42 ARIANE: te::nho
 43 LUANA: qua::nt-
 44 ARIANE: >dois guri<
 45 LUANA: a:: tudo gur†i:
 46 (1.4)
 47 ARIANE: °(achei que) era guriazinha°
 48 LUANA: >tu< **queria uma menina mas veio mais um**
 49 **guri >de-< pra ti**
 50 (0.8)
 51 ARIANE: é:: >pelo menos< deu na †eco ai >guri<
 52 LUANA: ã::rrã: é mas nessa fase que ele tá †né
 53 ele já tá grandinho entã::o
 54 ARIANE: dá pra ver
 55 LUANA: é::
 56 ARIANE: tá::

No turno da linha 39, a cardiologista Luana inicia o assunto sobre os outros filhos da gestante com um pedido de confirmação sobre se o feto que ela gesta é seu terceiro filho. Essa ação já traz um conhecimento prévio, provavelmente proveniente da ficha da gestante, e busca uma confirmação ou desconfirmação constrangida pelo “†né”. O turno de Luana recebe uma confirmação pela gestante. Em seguida, no turno da linha 41, Luana faz uma pergunta sobre se a gestante já possui algum filho do sexo masculino e, dada a resposta positiva da gestante, pergunta quantos são. Após a gestante afirmar que seus dois outros filhos são dois guris (linha 44), a médica formula que *todos* os filhos da gestante são meninos. A médica chega a essa formulação com base nas três perguntas que realizara anteriormente.

Após uma pausa, a gestante produz um comentário em volume mais baixo do que a fala anterior em que revela que achou que o feto da atual gestação seria uma “guriazinha”

(linha 47). A cardiologista se orienta para a fala da gestante e realiza uma formulação de seu turno anterior. O turno da médica “>tu< queria uma menina mas veio mais um guri >de-< pra ti” (linha 48) é uma formulação da fala anterior da gestante porque ela realiza uma transformação do conteúdo do turno da gestante, através do apagamento e da substituição do seu conteúdo lexical, mantendo e ampliando a ideia presente no turno da gestante. Dessa forma, a médica lança mão de uma “interpretação candidata” sobre a preferência da gestante a partir do seu entendimento sobre o que a gestante havia dito. Ela faz essa formulação também por meio da experiência de vida de que quando alguém possui vários filhos do mesmo sexo possa ser provável que em uma nova gestação tenha o desejo de ter um filho do outro sexo.

Como a formulação da médica não se limita ao conteúdo interacional em si e apresenta uma tentativa de demonstrar compreensão sobre desejos e vontades pessoais da gestante, pode-se chamar essa formulação de “potencialmente empática”. Há uma diferença de sentido entre os verbos “achar” (“achei”, na linha 47), que denota uma hipótese formulada pelo raciocínio lógico, e o verbo “querer” (>tu< “queria”, na linha 48), que se insere no âmbito das vontades, desejos e emoções.

Essa formulação potencialmente empática gera uma sequência de empatia propriamente dita porque recebe, em seguida, uma confirmação da gestante (“é: :”, na linha 51).

O Excerto 2 provém de uma ultrassonografia obstétrica. A sequência interacional representada no Excerto 2 ocorreu logo após os médicos terem acordado entre si que em dois dias fecharia o tempo adequado para a realização do parto da gestante, tendo em vista sua situação clínica. Diante disso, a gestante produz uma reação multimodal, por meio de gesto ou de expressão facial, que não foi captada pelo áudio e que, por isso, não está registrada na transcrição. No entanto, algum tipo de reação não-verbal da gestante pode ser deduzida pela formulação que a médica Deise realiza sobre o estado interno da gestante no turno da linha 959, logo após a risada da médica preceptora Rosângela.

Excerto 2 – HMF_ECOOBST_dalia_DEISE_01_10_13

958	ROSÂNGELA:	<i>hahahahahaha</i>
959	DEISE:	{{rindo} agora ela tá com medo né agora ela
960		queria tanto}
961	DÁLIA:	não é sério?
962		(0.6)
963	DEISE:	>daqui a dois dias< vem no hospital (.)

964 nascer
 965 (0.5)
 966 DÁLIA: ↑a::::
 967 (1.1)
 968 ROSÂNGELA: que assim ó
 969 (0.9)
 970 DÁLIA: tu viu [mesmo]?
 971 DEISE: [eu ↑vi::]
 972 ROSÂNGELA: numa situação dessas a gente leva- (0.5) até
 973 trinta e oito.
 974 DÁLIA: ↑ah tá
 975 ROSÂNGELA: tu tem trinta e oito pela última menstruação
 976 e tu tem trinta e sete e cinco. >↑vamô de-
 977 fechá< mais dois dias?
 978 DÁLIA: mhm
 979 ROSÂNGELA: que fecha as trinta e oito pela eco.

Nas linhas 959 e 960, a residente Deise produz uma formulação sobre como a gestante se sente, descrevendo que ela está com medo, produzindo uma fala com características de empatia do tipo cognitiva (ao se engajar em formular como a gestante se sente). A residente, no mesmo turno, contrapõe o fato de a gestante estar com medo com o fato de que, segundo ela, a gestante “queria tanto” que o momento do parto chegasse. O turno da residente é produzido concomitantemente ao seu riso e ao riso da médica preceptora, o que provoca a quebra da tensão provavelmente expressa pela reação da gestante. Além disso, o riso torna a ação condescendente e toma o sentimento da gestante como engraçado, passível de deboche. Temos, portanto, uma estrutura do turno de empatia. No entanto, a ação que é performada por meio do turno potencialmente empático não parece exercer uma ação de solidariedade social ou de consolo. A ação empática é utilizada para “fazer graça” do medo que a gestante demonstra sentir e caracteriza-se como uma teatralização jocosa (GASTALDO, 2006). A jocosidade faz com que a ação seja performada e interpretada como acima de tudo uma brincadeira e não como uma ofensa ou um desaforo. Como descreve Gastaldo (2006, p. 4), “muito frequentemente a relação jocosa toma uma forma teatral e performática, para evidenciar pública e humoradamente o alinhamento dos participantes à situação”. Nesse sentido, as relações jocosas seriam uma mistura de amizade e antagonismo, que poderiam ser interpretadas como hostilidade apenas no caso de serem levadas “a sério”.

Ainda, o turno potencialmente empático é produzido voltado para a preceptora, e não para a gestante, pois a gestante é referenciada pela terceira pessoa do discurso (“ela”), o que a torna o assunto *de que se fala* e não a ratifica como a endereçada dessa fala ou mesmo como necessariamente pessoa participante do discurso. Desse modo, a gestante é excluída da

conversa, mesmo estando presente e tendo seu sentimento tomado como o próprio assunto da conversa.

Em resposta à formulação da residente, a gestante pergunta se é sério (linha 961), explicitando descrença e surpresa com a notícia. A residente Deise confirma (linha 963) que em dois dias será o parto, ao que a gestante responde com um som vocálico e ascendente que parece funcionar como um “sério?” ou “como assim?”. Chamamos esse tipo de ação após uma resposta de “pós-expansão não mínima” ou “resposta não mínima” (STIVERS, 2012, p. 198, tradução nossa). No caso da interação aqui analisada, essa ação trata o turno anterior como não suficiente para o fechamento do tópico e, assim, “pede mais” do interlocutor, instiga sua continuação. E isso se confirma com a próxima fala da preceptora Rosângela, ao produzir um prefácio que introduz uma explicação (linha 968). Após o prefácio da preceptora, a gestante inicia uma sequência inserida (linha 970) em que pede confirmação do que está acontecendo, perguntando se a residente realmente vira que o parto ocorrerá em dois dias, o que é confirmado. Após o fechamento da sequência inserida²³, a preceptora Rosângela explica o motivo pelo qual o parto foi programado para daqui a dois dias, e a gestante responde com um marcador de mudança de estado cognitivo (linha 974) – o que atesta que naquele momento ela finalmente compreende o que ainda não havia compreendido e aceitado interacionalmente. Rosângela retoma sua explicação nos turnos seguintes.

5.2.2 Formulação da Situação Vivida pelo Outro: Sobre a Situação do Exame para a Paciente

Abordaremos agora a possibilidade de um interagente construir uma teoria sobre a situação em que seu interlocutor se encontra, em vez de construir uma teoria sobre seu estado interno (HEPBURN, POTTER, 2007).

No Excerto 3, a residente Deise está realizando uma ultrassonografia do feto em Letícia.

Excerto 3 – HMF_ECOOBST_leticia_DEISE_15_10_13

53	DEISE :	ô :
54		(2 . 2)

23 Sequência inserida é uma sequência de no mínimo um par adjacente (p.ex. pergunta–resposta; saudação–saudação; convite–aceite/recusa) que é inserida no meio de outro par adjacente, postergando a produção da segunda parte daquele par.

55 DEISE: (pra tu entendê aqui)
 56 (2.6)
 57 DEISE: tá meio (.) eu sei que tá meio complicadinho
 58 (0.6)
 59 DEISE: as mãos tão aqui pra cima (.) o nariz tá
 60 aqui e aqui é o lábio ó
 61 (0.8)
 62 DEISE: o lábio superior e o lábio inferior
 63 (.)
 64 LETÍCIA: m:: hh
 65 (0.5)
 66 DEISE: dá pra enten+dê
 67 (.)
 68 LETÍCIA: mhm
 69 (4.2)
 70 DEISE: ó as mãos lá pra cima sempre mania dos
 71 nenês deixarem a mão lá pra cima
 72 (.)
 73 LETÍCIA: mhm mhm

Em meio à realização do exame, Deise se volta para a gestante e se põe a tentar ajudá-la a compreender o que representam as imagens projetadas na tela, que podemos visualizar na figura abaixo.

Figura 3 - Médica explicando as imagens produzidas na tela durante ultrassom



Fonte: Dados da pesquisa.

Ao voltar-se para a gestante, Deise aponta o dedo para a tela e faz um movimento que desliza sobre a imagem enquanto descreve as partes do corpo do feto que são representadas por cada parte da imagem. Essa ação de descrever e explicar a imagem é iniciada com um “ó:” produzido pela médica (linha 53), que parece ter a função de chamar a atenção e o olhar da gestante para a imagem e para a ação que será realizada dali em diante.

A médica então descreve o que pretende realizar, a saber: fazer a gestante entender “aqui”. O dêitico “aqui” refere-se à imagem na tela para a qual a médica está apontando naquele momento. Em seguida, a médica explicita uma interpretação candidata sobre como está sendo, para a gestante, a situação de compreender as imagens na tela, ao usar o adjetivo “complicadinho”. O adjetivo “complicadinho” não possui um referente explicitado na interação (linha 57). Pode estar sendo utilizado para referir-se: (a) ao entendimento que a gestante está tendo das imagens; (b) à complexidade das imagens; ou (c) à situação propriamente dita de entender as imagens. Não é possível identificar, na interação, o que leva a médica a fazer essa formulação: se foi o silêncio da gestante, uma expressão facial que poderia remeter a um estado de confusão ou de não entendimento, ou a percepção de as imagens apresentarem um nível de complexidade maior do que comumente apresentam.

O fato é que esse turno explicita o reconhecimento da médica de que a gestante estaria em uma situação complicada por provavelmente apresentar dificuldades em entender o que representam as imagens na tela do ultrassom. A formulação potencialmente empática não foi seguida por uma confirmação nem por uma desconfirmação. Podemos perceber que não há ação de resposta para ela evidenciada nos turnos. Portanto, temos em nível interacional apenas uma formulação “potencialmente empática”, e não uma sequência de empatia confirmada.

No Excerto 4, temos mais uma ocorrência da orientação da médica para a possível dificuldade da gestante em compreender as imagens na tela durante o exame.

Excerto 4 – HMF_ECOOBST_monica_DEISE_15_10_13

130	DEISE:	aqui: ó: deixa eu te mostrá
131		(2.9)
132	DEISE:	aqui ó:, eu sei que tá difícil
133	MÔNICA:	arrãm

Nos turnos das linhas 130 e 132, a médica utiliza o dêitico “aqui” e a interjeição “ó:” para chamar a atenção da gestante para o aspecto que ela quer explicar na tela do exame. Ao voltar-se para a ação de explicar as imagens da tela, a médica justifica sua iniciativa por meio da formulação da situação do exame como difícil (linha 132). Ao afirmar que sabe como está a situação de entender as imagens na tela para a gestante, a médica explicita compreensão da situação da gestante e demonstra capacidade de se colocar em seu lugar. Como a gestante responde a essa ação da médica com um continuador – que também opera como um confirmador de, no mínimo, escuta –, não sabemos se a ação da gestante (linha 133) está também orientada no sentido de confirmar a pertinência do conteúdo da formulação da médica, que caracterizou a situação de interpretar as imagens do exame como difícil, ou se está apenas orientada no sentido de confirmar que está ouvindo o que a médica diz. De todo modo, trata-se de uma formulação potencialmente empática.

5.2.2.1 Formulação da Situação Pessoal da Paciente

O Excerto 5 é proveniente de uma ecocardiografia fetal. Logo no início, a médica Luana pergunta para a gestante Selma se o exame fora solicitado por alguma razão específica.

Excerto 5 – HMF_ECOCARDIO_selma_LUANA_13_11_13

22	LUANA:	ã:rrã:: foi pedido por algum motivo
23		especí::fico esse exame?
24	SELMA:	ai não sei doutora. tô preocupada=

A gestante responde à pergunta afirmando que não sabe qual o motivo específico de ela ter sido encaminhada para realizar o exame e relata como se sente (“preocupada”). Ao revelar à médica que está preocupada, a gestante torna relevante um aspecto particular, isto é, seu estado interior. Ao prover informações pessoais, a gestante favorece a possibilidade de que a empatia seja desencadeada na interação. A isso chamamos aqui de “gatilhos de empatia”, conforme veremos na Seção 4.4 deste capítulo. Em seguida, a médica pergunta para a gestante se ela possui diabetes gestacional (trecho que não aparece na transcrição) e, ao receber uma resposta afirmativa, conclui que é a diabetes a causa de ela ter sido encaminhada para a realização desse exame.

Na sequência, advinda do mesmo atendimento, gestante e médica conversam sobre o caso da gestante, que apresenta várias dúvidas e preocupações relacionadas ao fato de estar

fazendo esse exame – que não é de rotina. No Excerto 6, a gestante está falando sobre suas angústias a respeito da diabetes e dos cuidados necessários para controlá-la.

Excerto 6 – HMF_ECOCARDIO_selma_LUANA_13_11_13

73 SELMA: eu tô tenta::ndo.
 74 LUANA: ãrrã::
 75 SELMA: fazê dieta pra não ter que tomá
 76 insulina [↑né]
 77 LUANA: [si::m]
 78 (3.1)
 79 SELMA: >tenho medo< de de repente- ter que tomá
 80 isso aí depois pra sempre deus o livre
 81 LUANA: °ãrrã::°
 82 (3.4)
 83 SELMA: mas é difícil porque báh, dá muita fome
 84 (1.0)
 85 LUANA: é:?
 86 (0.4)
 87 SELMA: °mhm°
 88 (0.6)
 89 SELMA: é essas [dieta de] pão preto,
 90 LUANA: [não tá fácil]
 91 SELMA: {{rindo} não tá fácil}
 92 (2.1)
 93 LUANA: é::: é uma trabalhadeira ↑né mas vale
 94 a pena ↑né porque daí eles nascem
 95 [bem bo]nitinhos,
 96 SELMA: [é::]
 97 LUANA: bem saudáveis,
 98 (3.0)
 99 LUANA: é uma função bem (.) temporária mas que
 100 a gente consegue ver o retorno em seguida
 101 já né
 102 SELMA: é::

No início do trecho transcrito, Selma afirma que está tentando seguir uma dieta com o objetivo de não chegar ao ponto de ter a necessidade de administrar insulina. Em seguida, explicita que sente medo da possibilidade de precisar usar insulina para sempre, o que ocorreria no caso de perder o controle do seu índice glicêmico, e utiliza a expressão “deus o livre” (linha 81) quando levanta essa possibilidade.

Os turnos de fala da gestante Selma são seguidos por continuadores da médica (“ãrrã”). Os continuadores explicitam que a interagente (no caso a médica) está ouvindo o que está sendo dito e funcionam como encorajadores para que a gestante continue falando e

desenvolvendo o tópico. Os continuadores aqui indicam a participação da médica na conversa e, apesar de desempenharem ações (i.e. de passar o turno de volta a quem está falando), não interrompem nem mudam o fluxo do tópico que está em andamento.

No turno da linha 85, após a gestante afirmar que para ela é difícil manter sua dieta por sentir muita fome, a médica produz um “é:?” . Esse turno apresenta uma pergunta que parece não propor o fechamento do tópico, mas, pelo contrário, encoraja a interagente a falar mais, ou seja, a continuar falando sobre o assunto, como de fato acontece. A gestante responde positivamente ao “é:?” com um “mhm”, que realiza uma ação correspondente ao “sim” e, na sequência, segue desenvolvendo o tópico produzindo uma queixa sobre as dietas de pão preto.

O “é:?” (linha 85) produzido por Luana funciona aqui como uma “pós expansão não-mínima” ou “resposta não-mínima” (STIVERS, 2012, p. 198, tradução nossa). Uma resposta não mínima costuma tratar o turno anterior como não suficiente para o fechamento do tópico e, assim, instiga sua continuação, conforme Stivers (2012). A autora explica que esse tipo de expansão costuma ser produzido após a segunda parte de um par adjacente, por exemplo, após a resposta a uma pergunta (pergunta -1PP / resposta – 2PP) quando a resposta apresenta um assunto de que os/as interagentes querem continuar tratando ou houve problemas de escuta ou entendimento, de modo a implicar uma maior elaboração, aprofundamento ou qualificação do que fora dito anteriormente. Stivers (2012) diz ainda que uma das formas mais utilizadas por falantes em “pós-expansões não mínimas” é “*really*”, que pode ser traduzido por “sério?” ou “verdade?”. Jefferson (1981) também já havia explorado casos como esse “é:?” em que, após um turno completo, um dos interagentes, que pode ser tanto o/a produtor/a do turno anterior quanto o/a ouvinte, produz uma expansão que solicita algo mais, implicando a continuação do tópico.

Nos turnos em resposta à “pós-expansão não mínima”, a gestante fala em tom depreciativo, jocoso ou pejorativo sobre as dietas de pão preto (linha 89). Logo em seguida, a médica produz, por meio de sobreposição de turno, uma formulação (linha 90) sobre a situação de vida da gestante no momento, com base nos turnos anteriores. A médica faz uma formulação a partir da fala da gestante, ao avaliar a dificuldade da situação (“não está fácil”, na linha 90), assumindo, portanto, que considera ou que percebe que as coisas estão difíceis para a gestante. Esta, por sua vez, reafirma a formulação da médica por meio de sua repetição (linha 91). Dessa forma, a ação empática é confirmada, já que as interagentes concordam a respeito da dificuldade experienciada pela gestante.

A formulação, além realizar checagem de entendimento e organização da estrutura conversacional²⁴, para que se caracterize como uma ação empática, precisa ser seguida por uma ação de confirmação realizada pelo/a interagente que é o “alvo” da empatia. Ao caracterizar-se como potencialmente empática, a formulação faz mais do que meramente refletir e fazer sentido do que está acontecendo na interação, como atividade que se refere somente ao âmbito interacional, mas auxilia a fazer sentido de questões internas dos/as interagentes que estão envolvidos na interação. Assim, o/a interagente formula questões exteriores à conversa com base em sequências interacionais que, de alguma forma, possibilitaram essas interpretações. Ou seja, o que se formula não é o que foi dito, mas alguma coisa “a partir do que foi dito” (MOSSMANN, 2012).

Em seguida, após o turno da linha 91, a médica produz três turnos em que discorre sobre detalhes da situação da gestante, caracterizando-a como trabalhosa e contrapondo as suas dificuldades – ou seja, seu possível lado negativo – com o seu lado positivo, o que ainda não havia sido trazido à interação pela gestante. A médica avalia valer a pena passar pelas dificuldades da dieta que envolve a diabetes na gestação em função da saúde proporcionada aos bebês quando nascem e, assim, caracterizando a situação da dieta restritiva como temporária. Nesses turnos, a médica demonstra compreensão dos dois lados da situação particular da gestante, a saber – o lado positivo e o negativo. Ao fazer isso, demonstra ser capaz de se colocar, mesmo que imaginariamente, no lugar da gestante e entender que ainda que haja dificuldades, há também benefícios que a própria gestante não estava explicitando nos turnos. Ao demonstrar que está se colocando no lugar da interagente, a médica produz empatia interacional.

É interessante ainda notar que a médica constrói esses turnos (linhas 93-95, 99-101) permeados por três marcadores discursivos “né”, que solicitam uma resposta e, neste caso, parecem ter como resposta preferida uma confirmação, operando de forma a buscar a afiliação da gestante com as perspectivas apontadas pela médica. Assim, a médica se engaja na busca por confirmação de sua empatia e, ao mesmo tempo, por busca de adesão às perspectivas positivas que traz sobre a situação da gestante.

Cabe atentarmo-nos para como ocorre a construção dessa sequência interacional em que há empatia: ambas as interagentes demonstraram o tempo todo estarem atentas ao que está sendo dito. Pode-se observar que nesse trecho da interação há várias pausas entre os turnos, contudo devemos considerar as características desse evento interacional, cujo foco é o exame de imagem e o elemento central é o monitor do computador em que aparecem as

²⁴ Ver em Ostermann e Silva (2009), Drew (2003), entre outros.

imagens do feto (ver na seção 5.1 deste capítulo). Portanto, as interagentes não estão posicionadas frente a frente, o que desencadeia um gerenciamento interacional ajustado às demandas do tipo de interação.

A sequência flui de modo que na primeira parte da sequência a gestante faz um maior trabalho interacional enquanto a médica demonstra estar ouvindo através de uma escuta ativa (HUTCHBY, 2005; PHILIPS, 1999). Já na segunda parte da sequência, ocorre a situação inversa.

Um dos primeiros pesquisadores a falar dos mecanismos da escuta ativa foi o psicanalista Carl Rogers (PHILIPS, 1999), que desenvolveu, na década de 1940, a abordagem não diretiva durante orientações psicoterapêuticas. A abordagem não diretiva, conforme avalia Philips (1999), atribui ao representante institucional a função de ouvir e, concomitantemente, refletir sobre o que ouve tentando esclarecer as ações verbais e não-verbais de seus clientes. Desse modo, os usuários falam na maior parte do tempo e são encorajados por meio da “escuta ativa” a continuarem falando. Na abordagem não diretiva, segundo Philips (1999), o representante institucional assume o esforço de fazer com que o usuário chegue à natureza e à solução dos seus problemas ele mesmo, pois acredita-se que há maior eficácia nas soluções quando são frutos de tomadas de consciência reconhecidas pela própria pessoa, e não de conselhos recebidos que podem ser aceitos ou não.

Hutchby (2005), que é pesquisador e professor de sociologia, de comunicação e de AC, descreve a escuta ativa como as formas pelas quais os representantes institucionais demonstram envolvimento e empatia para com quem atendem e encorajam-nos a falar sobre os seus problemas. Para Hutchby (2005), a escuta ativa deve ser utilizada a fim de alcançar os objetivos que o/a representante institucional intenta em cada momento ou fase do atendimento em curso. A escuta ativa serve para diferentes objetivos, como, por exemplo, conseguir informações desejadas, fazer com que o outro entenda uma questão, sensibilizar o outro para algum aspecto e, ainda, para confortar e criar vínculos de confiança por meio da demonstração de interesse em sua narrativa e em seus problemas.

Philips (1999) e Hutchby (2005) enfatizam a importância de, para emergir escuta ativa em atendimentos, demonstrar que se está prestando atenção e de valorizar cada informação que é recebida, momento a momento (ou turno a turno, no caso da fala-em-interação social). Resumir falas anteriores, parafraseando-as para torná-las mais claras, sem propor conselhos adiantados, mas colaborar primeiramente com o projeto de fala (narrativa, piada, queixa) que está sendo produzido pelo outro, são habilidades de escuta ativa (HUTCHBY, 2005). Para isso, é necessário

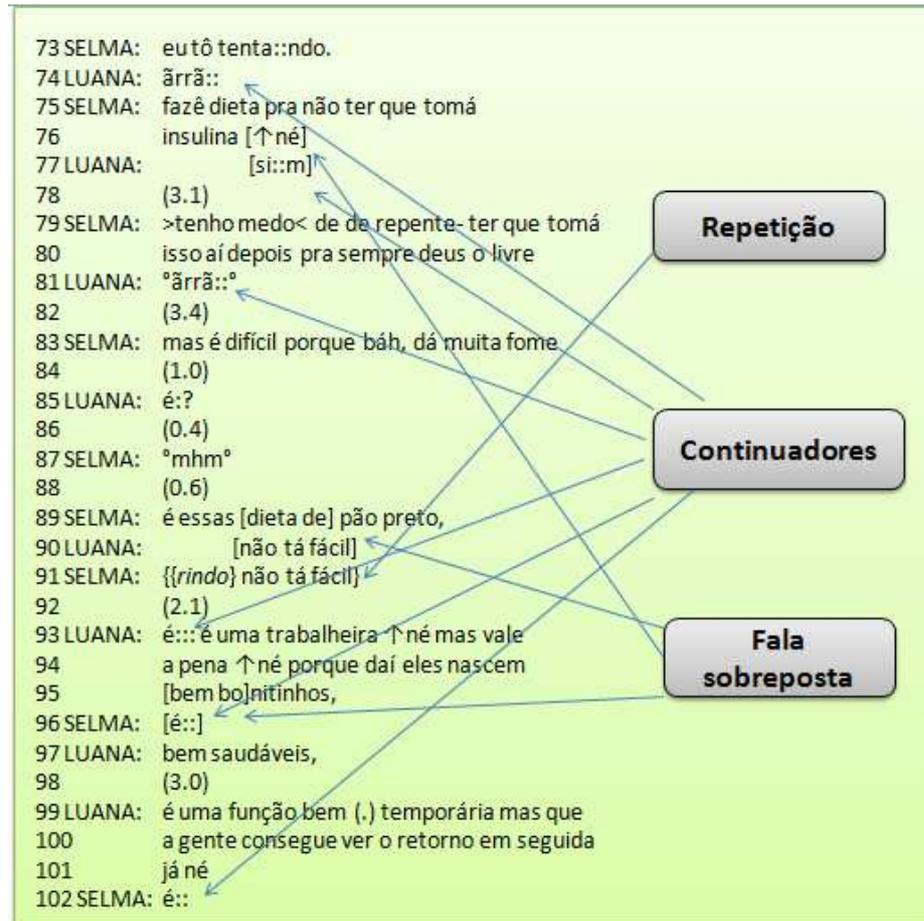
que o representante institucional deixe de lado seus próprios pontos de vista para realizar uma imersão na realidade da outra pessoa sem julgamentos e preconceitos (PHILIPS, 1999).

Hutchby (2005) observa que crianças, durante atendimentos com conselheiros tutelares, costumam reunir relatos e informações que a um primeiro olhar parecem não ter sentido, mas que são selecionados pela criança para convergir em determinada situação aonde ela está tentando chegar. Nesses casos, a escuta ativa colabora em deixar o outro falar e alcançar seus objetivos de sua maneira, sem um interagente interromper ou cortar o projeto de fala em curso. O papel do conselheiro, pondera Hutchby (2005), é de ser uma espécie de mediador que vai selecionando e retomando as informações que julga terapeuticamente importantes de modo a considerar o que é dito pela criança, e não apenas ouvi-la sem considerar o que ela diz.

Todo engajamento no desenvolvimento de um tópico ou assunto constitui a escuta ativa, visto que a conversa não assume um caráter monológico, mas flui em uma sequência coconstruída. Assim, torna-se claro que a escuta ativa, no contexto dos atendimentos que estamos analisando, não é característica somente da atitude interacional do representante institucional (nesse caso, da médica Luana), mas um recurso utilizado por ambas as interagentes (médica e gestante) em proporções semelhantes.

Posto isso, salienta-se que há algumas ações interacionais que se caracterizam como mecanismos por meio de que a escuta ativa se manifesta na interação. Essas ações, conforme aparecerem nos dados, serão explicadas ao longo desta análise. Por ora, cabe mostrar como continuadores (como *ãrrãm*, *mhm*, *sim*, *é*, *claro*, etc.), além de falas sobrepostas e repetições estão presentes nesta sequência empática, conforme vemos na figura a seguir.

Figura 4 - Escuta Ativa



Fonte: Elaborada pela autora.

A Figura 4 aponta a sobreposição de fala como um dos mecanismos da escuta ativa. Contudo, cabe esclarecer que, assim como outros fenômenos interacionais, a fala sobreposta não possui uma única função a ela atrelada de forma fixa e determinante. A fala sobreposta, por exemplo, pode também se caracterizar como uma interrupção da fala do outro, ao encerrar o tópico e mudar de assunto, ou mesmo simplesmente por tirar o turno de fala do/a interagente de forma abrupta. Nesses casos, não se trata de escuta ativa, mas de fala sobreposta indicando desalinhamento ou desafiliação para com o/a interagente. Por outro lado, há situações em que os/as falantes estão tão entusiasmados que se engajam na conversa por meio de várias sobreposições de fala, mas de forma alinhada e afiliativa, o que se caracterizaria como escuta ativa.

Sidnell (2010) exemplifica situações em que os interagentes realizam sobreposições de fala sem significar desalinhamento, mas que caracterizam escuta ativa, quais sejam: quando entram em um local e todos se cumprimentam calorosamente; quando realizam avaliações também costumam sobrepor-se ao turno que a faz emergir (o que poderia indicar alinhamento

e engajamento na atividade conversacional, dependendo do tipo de avaliação e de sua posição); e risos também costumam ser produzidos concomitantemente.

As sobreposições, segundo Sidnell (2010), não são representativas de desorganização e não necessariamente tentativas de cortar a fala do outro, pois podem ocorrer onde há pontos de possíveis completudes do turno, como entonação passível de ser interpretada como indicativo de um turno em seu final ou um enunciado gramaticalmente completo. O/a interagente pode, ainda, orientar-se a responder a algo já dito mesmo antes que o/a falante corrente tenha de fato concluído seu turno.

Da mesma forma, as repetições parciais ou integrais do turno anterior também podem ter várias ações. A ação que uma repetição exerce em determinado contexto sequencial está atrelada ao seu contexto imediato, isto é, ao que a precede e ao que a sucede, bem como às suas marcas de produção, como prosódia e demais indícios verbais e não-verbais que permeiam sua produção. Uma repetição pode demonstrar dúvida a respeito do que foi dito antes, entendimento ou concordância, entre outras ações.

No Excerto 7, a médica Luana, enquanto realiza o exame do coração do feto, pergunta para a gestante sobre como ela fez o enxoval do bebê.

Excerto 7 – HMF_ECOCARDIO_dalia_LUANA_16_04_14

81 LUANA: e o enxoval como é que tu fez
 82 (.)
 83 DÁLIA: não fiz [ainda né]
 84 LUANA: [ah não f]ez ainda
 85 DÁLIA: nem tenho muitas coisinha porque não sei o que que
 86 é e[ntão
 87 LUANA: [arrã é difícil n[é quando não sabe o sexo
 88 DÁLIA: [é bem difícil bah

A gestante responde que ainda não fez o enxoval por não saber qual o sexo do bebê, e, em resposta, na linha 87, a médica avalia a situação dizendo que é difícil fazer o enxoval quando não se sabe o sexo. Trata-se de uma formulação da situação particular vivenciada pela gestante. A gestante concorda com a avaliação feita e, assim, confirma o entendimento da situação explicitado pela médica, corroborando que é difícil e intensificando o adjetivo difícil com o uso do advérbio “bem”.

No Excerto 8, proveniente também de uma ecocardiografia fetal, a médica e a gestante conversam sobre a profissão desta enquanto realizam o exame.

Excerto 8 – HMF_ECOCARDIO_livia_LUANA_30_10_13

274 LUANA: tu trabalha ↑fora ↑livia
 275 LIVIA: traba:lho.
 276 LUANA: o que que tu faz?
 277 LIVIA: trabalho numa::: confeitaria
 278 LUANA: .hhhh no:::ssa:::
 279 LIVIA: .hh torta de sorvete, torta salga:da,
 280 torta do:::ce aí tu imagina fazendo uma dieta:
 281 LUANA: controlando diabetes no meio das tortas
 282 deve ser uma missão meio difícil ↑né
 283 LIVIA: aí nem me fala (.) que eu quase tive um:::

A gestante conta que trabalha em uma confeitaria (linha 277), ao que a médica responde com surpresa. No turno seguinte, a gestante elenca os alimentos com os quais lida em seu trabalho e pede para que a médica imagine como deve ser realizar uma dieta restritiva em meio a esses tipos de alimentos (i.e. nesse caso, que seriam “tentadores”). A médica responde fazendo uma avaliação hipotética da situação, formulando-a como difícil. Dessa forma, a médica se coloca imaginariamente no lugar da gestante e demonstra uma tentativa de compreensão sobre sua experiência.

Cada vez que uma pessoa relata alguma experiência particular que envolve algum tipo de emoção, ela, de certa forma, “força” interacionalmente seu interlocutor a se juntar a ela por meio de uma avaliação (MOSSMANN, 2012). A ação de se engajar nas sequências em que experiências pessoais são narradas pelos outros cria solidariedade social, demonstra interesse pela conversa e pelo outro e contribui para o estabelecimento da empatia (HERITAGE, 2011).

A ação de avaliar, isto é, de exprimir uma opinião a respeito de algo, exige a partilha de algum conhecimento comum (*common ground*) acerca do que é avaliado (CLARK, 1996; HERITAGE, 2011). No entanto, muitas vezes os/as falantes, apesar de não partilharem um conhecimento comum a respeito de um assunto que foi tornado relevante pelo/a outro/a falante, fazem avaliações através de enunciados hipotéticos ou meramente subjetivos a fim de cooperarem socialmente com a interação em andamento.

Ilustramos essa situação por meio do excerto a seguir, utilizado por Heritage (2011), no qual Lottie conta para a sua irmã Emma como era a casa de suas amigas na qual ela ficou hospedada durante uma viagem.

Exemplo 1 – Avaliação Hipotética

- 1 Lot: meu Deus você tinha que ver aquela casa Emma você não faz ideia
2 Emma: aposto que é um sonho ²⁵

Para Emma, a alusão a essa experiência e a sua representação mental e consequente avaliação é impossível porque Emma não participou dela. Mesmo assim, Emma se alinha com a fala de sua irmã e realiza uma avaliação da casa através de uma expressão subjetiva com base apenas no turno anterior, realizando assim um simulacro de concordância.

A seguir, descrevemos um excerto proveniente de nosso contexto pesquisado e que apresenta uma sequência em que emergem interpretações candidatas sobre situações vivenciadas pelo outro. Essas interpretações candidatas são descritas por meio de hipóteses porque elas não foram necessariamente vivenciadas pela interagente. O trecho analisado ocorre durante uma ecocardiografia fetal. A médica conversa com a gestante sobre o nome do feto.

Excerto 9 - HMF_ECOCARDIO_debora_LUANA_13_11_13

- 24 LUANA: já tem nome a tua nenê?
25 DÉBORA: {{rindo}ainda} não.
26 LUANA: ainda não?
27 DÉBORA: hãhãhã
28 LUANA: recém descobriu que é uma guria?
29 DÉBORA: nã::o é porque:: uns falam um nome,
30 outros falam outro,
31 [daí acaba confundindo]
32 LUANA: [a::i é difícil né::?]
33 DÉBORA: e o que eu quero >eles acham< feio daí
34 eu tô pensando >ainda<
35 LUANA: e qual que tu quer?
36 DÉBORA: eu quero ((nome omitido))
37 LUANA: ((nome omitido)) a:::
38 (2.1)
39 LUANA: é::: mas é difícil decidir nome de filho
40 né?
41 DÉBORA: é::.

²⁵ “(3) [NB:IV:10:64-67]

1 Lot: [h h]Jeeziz Chris' you sh'd see that house E(h)mma yih'av

2 ↓no idea.h[hmh]

3 Emm: [I bet it's a drea:m.] (Tradução nossa).

A médica realiza duas formulações por meio das quais avalia a situação da gestante sobre a escolha do nome de seu bebê conforme as dificuldades que a própria gestante relata em seus turnos de fala. Ao formular a situação experienciada pela gestante como difícil, a médica coloca-se em seu lugar de modo a poder qualificá-la, gerando empatia interacional.

5.2.3 Formulação de Como o Outro É: Sobre a Personalidade da Paciente

O excerto seguinte provém de uma ultrassonografia obstétrica. No início do exame, a médica pergunta como está a pressão arterial da gestante, que responde estar alterada e justifica a alteração ao dizer que está muito preocupada ultimamente. A médica pergunta sobre o motivo da preocupação, e a gestante a atribui ao fato de seu marido, que é caminhoneiro, estar viajando, e ela ficar sozinha durante a gestação. Passado algum tempo de realização de exame, quando a médica diz que chamará a preceptora a fim de conferir algumas questões do exame – o que é uma ação rotineira quando os exames são realizados por médicas residentes –, ao que a gestante responde com uma pergunta, querendo saber se há algo errado e dizendo estar preocupada. Em resposta, a médica diz que não há motivo para preocupação.

Ao final desse atendimento, a médica preceptora avalia que a gestante possui muitas varizes. A gestante, pela sequência do áudio e da transcrição, não produz nenhuma resposta verbal, mas produz alguma reação não verbal, isto é, algum gesto ou expressão facial que desencadeia a formulação feita pela médica residente no turno da linha 280, abaixo.

Excerto 10 – HMF_ECOOBST_alana_FERNANDA_09_10_13

278	ROSÂNGELA:	bastante varizes
279		(6.2)
280	FERNANDA:	tu é muito {{rindo} apavorada alana}haha=
281	ALANA:	=fico como é:=
282	FERNANDA:	=.h tu fala as coisas e ela me olha com uma
283		cara assim

No turno da linha 280, a médica Fernanda produz uma formulação de forma a ser direta e declarativa (i.e. sem apresentar mitigação ou possibilidade), em que avalia o estado interno da gestante. A médica utiliza o verbo “ser” no presente do indicativo, o que representa uma característica da gestante, um estado que pode ser contínuo, e não apenas um estado interno que emergiu naquele momento. Dizer que alguém é apavorada adquire *status* de uma

máxima, diferente de dizer “tu estás apavorada”, o que seria a descrição de um estado momentâneo, e não de uma característica da personalidade do outro.

A gestante, em resposta, não produz uma confirmação explícita da veracidade do turno produzido pela médica, sendo que sua resposta não confirma, mas também não desconfirma a formulação potencialmente empática anterior que avalia um aspecto interno seu e de sua personalidade. Em seguida a médica residente dirige-se para a médica preceptora (o pronome *tu* nesse turno refere-se à outra médica) e diz que a gestante (referida aqui como *ela*) olha para a residente com “uma cara assim” (linhas 282-283) quando a preceptora fala. Essa descrição da expressão facial da gestante, na verdade, consiste de uma avaliação (“apavorada”). Atua como uma espécie de legenda para como a gestante reage ao que a preceptora fala. Se a expressão facial da gestante tivesse sido interpretada como “normal” (ou mesmo “neutra”) pela médica, a formulação provavelmente não teria sido feita. Nesse caso, a médica residente não apenas explicita compreensão sobre como a gestante está se sentindo naquele momento, mas produz uma compreensão de como a gestante costuma se sentir constantemente. Trata-se de uma maneira de se colocar no lugar do outro e de buscar descrever como o outro está e é, portanto, trata-se de empatia.

Contudo, cabe salientar que, nesse caso, a gestante teve aspectos internos descritos negativamente. Portanto, apesar de ação e de seu formato serem de empatia cognitiva, não se trata de uma ação de empatia *solidária*, mas sim, uma empatia jocosa e, possivelmente condescendente.

5.3 EMPATIA AFETIVA

A empatia afetiva está presente nas sequências em que um/uma interagente reconhece como o outro está sentindo e comunica sua compreensão, de forma a partilhar da situação ou do sentimento do outro. Aparentemente muito semelhante ao tipo de empatia descrito na subseção 5.2.1, este tipo de empatia se distingue daquele por não manifestar-se por meio de formulações precisas e acuradas, mas por meio de outras formas de explicitação do entendimento de como o outro se sente, conforme veremos adiante.

Eide et al. (2004) percebeu que oportunidades de empatia costumam ocorrer em sequências relacionadas a preocupações sobre informações técnicas sobre saúde. Pacientes podem explicitar preocupação por ter dificuldade em compreender o que está acontecendo. Há recorrências nos dados em que médicos e médicas se orientam para um possível e provável estado de preocupação ou intranquilidade da gestante. Esse estado emocional parece se tornar

provável a partir de situações, notícias ou diagnósticos que são explicitados durante a interação.

5.3.1 Diretivo Afetivo

No trecho a seguir (Excerto 11), o médico João está realizando o exame de ultrassonografia obstétrica em uma gestante cujo feto apresenta um cisto. Trata-se de um caso complexo em que há várias possibilidades de evolução e, dependendo do tipo de evolução, diferentes intervenções poderão ser realizadas. Contudo, no momento, resta apenas acompanhar como se dá o crescimento e desenvolvimento do feto e do cisto – observando se tudo corre bem ou se o cisto passa a causar algum problema prejudicial à saúde e/ou vitalidade do feto. Ao final do exame, a gestante realiza perguntas. O início do Excerto 11 refere-se ao momento em que o médico explica que o cisto consiste apenas em um sinal de alerta, o que implica sua monitoração.

Excerto 11 – HMF_ECOOBST_sandra_DEISE_05_11_13

427 JOÃO: então ainda tem o cisto de plexo coróide mas
 428 ele não tá é valor pra nós para a gente achá
 429 que (.) tenha alguma implicação ele é só
 430 um sina- uma luzinha: acesa assim sabe=
 431 SANDRA: =°mhm°
 432 (.)
 433 JOÃO: a:: deu uma luzinha amarela assim >a gente
 434 vai olhá< tá o que que é que pode ser tal
 435 (1.6)
 436 JOÃO: **mas** a gente (1.0) fez tua tua avaliação
 437 que (1.3) então **fique tranquila** †tá

Após explicar a situação do feto, bem como o que pode ocorrer durante a gestação, o médico produz um turno iniciado pela conjunção “mas” (linha 436). O “mas” parece funcionar como um operador discursivo que marca a presença de duas perspectivas: uma perspectiva antes do “mas” (a situação do feto) e outra perspectiva depois do “mas” (de que a avaliação foi feita e de que não há motivo para não ficar tranquila). O “mas” opera também introduzindo uma ideia tomada como mais atual e válida do que a ideia que veio antes do “mas”, de forma que o que vem depois do “mas” esteja de algum modo suprimindo o que veio antes do “mas”. O mesmo turno (linha 436) apresenta uma conclusão introduzida pelo

marcador discursivo “então” (linha 437), seguido por um pedido, orientação ou ordem em formato assertivo e imperativo “fique tranquila”. Após ser produzido um “tá”, que, em final de turno, parece estar pedindo uma confirmação de escuta, entendimento ou até uma concordância. A gestante não produz nenhum turno em seguida como resposta ao “tá”, mas pode ou não ter produzido algum sinal não captado pelo áudio, como um gesto com a cabeça, por exemplo.

Essa sequência apresenta um projeto de fala ou um plano de ação orientado para esclarecer dúvidas e confortar a gestante. Como vemos ao final, o plano de fala considera a possibilidade de a gestante estar preocupada com a situação e sugere que ela fique tranquila. Vemos que a sequência prototípica de empatia, a saber: uma formulação potencialmente empática seguida por uma confirmação que ratifica a empatia propriamente dita não opera aqui. O que temos aqui são outros tipos de recorrências, mas que apresentam um “algo a mais” que justificamos como empatia constituindo as ações que formam essas sequências interacionais.

No Excerto 12, a gestante pergunta para a médica Fernanda, no início da ultrassonografia, se o resultado do exame de amniocentese que ela realizara já chegou.

Excerto 12 – HMF_ECOMORFO_cassiana_FERNANDA_05_11_13

1	CASSIANA:	aí eu não sei se já veio
2	FERNANDA:	a:: então eu vou vê com ele se já vier o resu- se
3		veio o resultado pra ele conversá contigo daí
4	CASSIANA:	ãrrã
5	FERNANDA:	tá::?
6		(2.1)
7	CASSIANA:	eu tinha feito no mês seis.
8		(1.1)
9	FERNANDA:	é: não mas é demoradinho sim mas não te preocupa
10		isso aí é normal tá
11		(1.8)
12	FERNANDA:	mas eu acho que tá pronto

A médica se orienta para a necessidade explicitada pela gestante de ter notícias sobre seu exame afirmando que verificará se o médico responsável já chegou e que providenciará para que ele converse com ela (linhas 2-3). A gestante responde com um “ãrrã”. Tal partícula, nessa sequência, pode estar operando como uma resposta mínima (STIVERS, 2012), que oferece uma reação ao turno anterior, confirmando, assim, no mínimo, a sua escuta, e não implica novos turnos sobre o mesmo tópico. Essa resposta mínima trata o tópico

anterior como passível de ser fechado. No entanto, a médica produz um “tá” alongado e com entonação ascendente, tratando o turno anterior como um continuador, ou seja, como uma partícula que implica que a interagente continue desenvolvendo o tópico na sequência. Além disso, esse “tá” (linha 5) implica em, no mínimo, alguma confirmação de recebimento. Pode implicar ainda em uma confirmação de entendimento ou de um aceite ou concordância da gestante para o que lhe foi proposto.

Contudo, a gestante sinaliza para o não fechamento do tópico, tratando-o como ainda insuficientemente desenvolvido, ao acrescentar nova informação, “eu tinha feito mês passado” (linha 7), informando a data da realização do exame. A médica se orienta para a informação acrescentada pela gestante, ratificando-a e avaliando a situação como normal, ao afirmar que “é demoradinho sim”. A avaliação feita pela médica é produzida de forma prefaciada por “é não mas”. Essa parte da interação posterga a avaliação da médica e, ao mesmo tempo, estabelece relação de sentido entre o turno anterior e o seu turno, dando mais relevância ao fato de que a demora é normal e sugerindo que a gestante se preocupe. O “não te preocupa” (linha 7) é também prosseguido por um operador “mas” que indica que a demora do exame é menos importante do que a necessidade de tranquilidade (ou a ausência de preocupação) da gestante.

Aqui, ao se orientar para o possível estado de preocupação da gestante, com base em uma situação problemática que emergiu na interação, a médica se engaja em explicitar sua compreensão sobre como a gestante estaria se sentindo e procura acalmá-la. Trata-se de uma ação de empatia que opera de forma solidária e pró-social e que é evidenciada por meio de um diretivo. Dessa forma, a médica demonstra que procurou captar o estado interno da gestante e comunicou seu entendimento de volta para a gestante.

No Excerto 13, proveniente de exame de ultrassonografia obstétrica, a gestante pergunta para a médica se o seu feto, pelo fato de ter o tamanho grande, considerando a medida do fêmur, a qual corresponderia à sua altura, pode nascer de parto normal ou não.

Excerto 13 – HMF_ECOOBST_sandra_DEISE_05_11_13

194	DEISE:	cabecinha tá <u>bem</u> (1.0) encaixadinha
195		(1.5)
196	DEISE:	encaixadinha de pegá
197		(2.5)
198	SANDRA:	um bebê tem (tipo a: esse bebê) é muito grande
199		daí não tem como não ser parto normal ou::=

200 DEISE: =não não é pelo tamanho é pelo peso
 201 (0.6)
 202 DEISE: o danie- ô::: tu vai vê assim (.) que: se
 203 ele nascê com cinquenta centímetros (.) cinco
 204 não interfere na cesária não o que interfere
 205 é o peso
 206 (2.2)
 207 DEISE: nenê assim pode muito bem nascê de parto normal
 208 (5.5)
 209 DEISE: **não te preocupe**
 210 (1.3)
 211 SANDRA: é eu prefiro parto normal falá bem a verdade

A médica Deise responde (linha 200) que não há problema em um bebê grande nascer de parto normal se ele está na posição correta para isso. Note-se que a médica já havia explicitado nos turnos anteriores (194 e 196) que o bebê de Sandra está bem “encaixado”, o que significa que está na posição adequada ao parto normal. A médica esclarece que é o peso do feto, além de sua posição inadequada, o que torna o nascimento por parto normal inviável. A médica encerra sua explicação orientando a gestante a não se preocupar com isso (linha 209).

A gestante afirma que prefere o parto normal, corroborando com o fato de sua dúvida estar permeada por preocupação. Quando pede para a gestante não se preocupar, a médica, na verdade, explicita sua percepção de que a gestante demonstrara preocupação. Dessa forma, a médica demonstra se colocar no lugar da gestante, ao considerar, como se observa pelo conteúdo do seu turno diretivo, como a gestante poderia estar se sentindo com relação à situação tratada na sequência em questão. Trata-se, portanto, de empatia, pois demonstra a busca por demonstrar compreensão sobre o estado interno da gestante e, ainda, por acalmá-la, apresentando solidariedade social através da ação empática.

No Excerto 14, médica e gestante conversam, durante a ultrassonografia obstétrica, sobre o exame de translucência nugal. Esse exame é capaz de sinalizar a existência de algumas doenças e síndromes importantes como, por exemplo, a Síndrome de Down.

Excerto 14 – HMF_ECOOBST_edineia_DEISE_19_11_13

161 DEISE: primeira ecografia ela se faz lá:: >no início<
 162 (0.8)
 163 EDINEIA: ã::=
 164 DEISE: =translucência=
 165 EDINEIA: =aquela eco de risco?
 166 DEISE: <i::sso> fizeram né?

167 EDINEIA: sim
 168 (1.7)
 169 DEISE: °não lembro do valor quanto que tinha da|do°
 170 (4.3)
 171 EDINEIA: eu tenho ali
 172 DEISE: arrãm não mas eu te- >depois eu vejo< **não te**
 173 **preocupa**

Nos turnos das linhas 161 a 165, médica e gestante gerenciam o entendimento sobre o exame a que a médica se refere; em seguida, a médica pergunta se ele foi feito (linha 166), ao que a gestante responde afirmativamente (linha 167). A médica então afirma que não se lembra do resultado, ao que a gestante responde informando que tem o exame consigo (linha 171). A médica, na sequência, confirma a escuta com o “ãrrãm” e produz um turno em formato despreferido. A despreferência é marcada por prefácios (CLAYMAN, 2012; POMERANTZ, 1984) e titubeios, talvez por tratar-se de uma rejeição à oferta de olhar o resultado do exame, feita pela gestante. Ao afirmar que verá o resultado depois e aconselha a gestante a não se preocupar, a médica orienta-se para a possibilidade de a gestante ter ficado preocupada ou com alguma dúvida com relação ao fato de esse resultado ter vindo à tona naquele momento do atendimento.

Nos excertos discutidos, as solicitações dos/das médicos/as para que as gestantes não se preocupem ou para ficarem tranquilas constituem demonstram sua orientação para as emoções das gestantes. Os/as médicos/as demonstram “sensibilidade” em explicitar que perceberam que o tópico tratado naquela sequência é passível de gerar preocupação ou intranquilidade. Além disso, demonstram que perceberam, por alguma ação não necessariamente linguística da gestante, que ela poderia estar preocupada. Assim, as ações de pedir tranquilidade e de explicar as razões pelas quais as gestantes podem se tranquilizar evidenciam empatia, pois se orientam para como a interagente está – ou poderia estar – se sentindo. A passagem reproduzida a seguir discorre justamente sobre o reconhecimento das preocupações dos/as pacientes pelos/as médicos/as.

Por que é importante que as preocupações dos pacientes sejam reconhecidas pelo médico na consulta médica, e o que é a tarefa do médico a respeito de emoções dos pacientes? [...] Na consulta médica habitual onde a doença está presente, o objetivo é obter o melhor tratamento possível. A tradicional abordagem às emoções, neste contexto, tem sido a de tratá-las como secundárias para diagnóstico e tratamento. Mais recentemente, emoções dos pacientes têm sido reconhecidas como integrantes a todo o processo de atendimento. Há evidências de que quando um médico reconhece e responde a emoção na consulta há maior satisfação do paciente, maior probabilidade

de adesão às recomendações médicas e resultados mensuráveis, tais como a melhoria da pressão arterial e açúcar no sangue. (EIDE et al., 2004, p. 204)

As interações analisadas neste trabalho evidenciam que além dos resultados positivos como a adesão ao tratamento e resultados clínicos favoráveis, o reconhecimento e a consideração do estado interno dos/as pacientes promove também uma interação constituída por empatia.

A seguir descreveremos mais um tipo de recorrência interacional que contem empatia e que fora encontrado nas interações que compõem o corpus deste trabalho.

5.4 RELATO EMPÁTICO

O relato empático consiste na troca de opiniões ou relatos referentes a um tópico pessoal de um/uma interagente. Um tópico pessoal refere-se a como alguém se sente ou às suas experiências de vida particulares. Segundo Sacks (1992), relatar uma segunda história depois de alguém contar uma primeira – o que Sacks chama de “segundas histórias” – é uma das maneiras mais eficientes para mostrar compreensão e concordar com a postura assumida pelo/pela interagente que acaba de relatar uma experiência pessoal. Além disso, conforme Ruusuvuori (2005), a partilha de uma segunda história pode recontextualizar questões apresentadas na primeira história e ajudar na coconstrução de uma discussão mais aprofundada sobre o tema.

Contudo, em contextos institucionais de saúde, um profissional relatar uma segunda história ou uma experiência pessoal pode se revelar como uma tarefa complexa, já há expectativas “prioritárias” em torno das ações dos médicos nesses contextos – especialmente a de que se engaje em resolver o problema “físico” do paciente (Ruusuvuori, 2005). Surge então a expectativa de que o médico foque-se no problema do paciente e não que relate os seus próprios problemas.

Ruusuvuori (2005) avalia que, devido a seu papel profissional e às expectativas a ele atreladas, os médicos se esquecem de uma forma básica e muito eficiente de mostrar que entendem o que os pacientes falam: contar algo sobre suas próprias experiências correspondentes.

A interação registrada no Excerto 15 ocorre durante um exame de ultrassonografia obstétrica. Antes de essa sequência ocorrer, a gestante falava com animação do chá de fraldas que estava a organizar. Ela ainda não conseguira realizar o chá por ter passado por internações durante o período gestacional. Em meio ao atendimento, a médica a informa, subitamente,

sobre uma medida que deverá ser tomada logo após o término daquele exame. Esse momento do atendimento é reproduzido nos excertos subsequentes, a fim de que possamos descrever como a empatia emerge gradativamente nessa interação.

Excerto 15 – HMF_ECOOBST_sueli_FERNANDA_30_10_13

153 FERNANDA: sueli querida tu vai ter que interná ↑tá
 154 SUELI: quando?
 155 FERNANDA: ho:je.
 156 SUELI: ju:ra por quê?
 157 FERNANDA: vai ter que adia teu chá de fralda
 158 SUELI: não não poisso
 159 (1.6)
 160 SUELI: >não não poisso<
 161 FERNANDA: pode. tá. o bebê não tá sem líquido
 162 ROSÂNGELA: não dá pra ir pra casa
 163 FERNANDA: não dá pra ir pra casa
 164 SUELI: tá sem líquido
 165 ROSÂNGELA: tá sem o líquido
 166 (.)
 167 SUELI: °a:i jesus não faz isso comigo°

Vemos no turno da linha 153 que a notícia da internação é provida de maneira direta, sem prefácios, pré-sequências ou minimização do choque que o conteúdo dessa ação pode gerar. O turno da entrega de notícia pela médica é terminado com o marcador “tá”, o qual, em final de turno, pede uma confirmação de, no mínimo, escuta por parte da interlocutora. A maneira (i.e. o formato do turno) com que essa notícia é dada implica em não consideração de como a interagente poderia se sentir ao recebê-la e certamente não se caracteriza como empático. Contudo, esse excerto é aqui trazido para mostrar como a empatia é construída subsequentemente nessa sequência.

A gestante reage por meio de duas perguntas em seus próximos dois turnos, a saber: quando e por que ela deve ser internada. Em lugar de respondê-las, a médica residente afirma que a gestante terá que adiar seu chá de fraldas (linha 157). Ali, a médica explicita que percebeu, por meio dos turnos anteriores, a importância do chá de fraldas para a gestante naquela fase da gestação – afinal, ela vinha falando sobre ele.

Em seguida, as médicas finalmente informam o motivo da internação, a saber: o fato de a gestante estar sem líquido amniótico. A ação da gestante de perguntar foi necessária para que ela obtivesse informações mínimas e fundamentais para entender a situação. A seguir, as

médicas explicitam seu posicionamento com relação à situação da gestante e com relação ao chá de fraldas.

Excerto 16 – HMF_ECOOBST_sueli_FERNANDA_30_10_13

205 ROSÂNGELA: tem coisa que são impor- sã::o=
 206 SUELI: =sim sim
 207 (0.7)
 208 ROSÂNGELA: são <funda[mentais> outras]
 209 FERNANDA: [depois tu faz]
 210 ROSÂNGELA: tu pode fazê depo:is
 211 FERNANDA: é: faz uma festinha [de um mês]
 212 ROSÂNGELA: [tu vai fazê] tu vai
 213 fazê com o bebê pre|sente

A posição das médicas e da gestante a respeito do chá de fraldas parecia ser, até aqui, diferente. As médicas passam a demonstrar o contraponto entre a necessidade da internação e a secundariedade do chá de fraldas, visto que este último é menos urgente do que a internação. As médicas, agora, passam a demonstrar sensibilização para com a preocupação e decepção demonstrada pela gestante por não poder realizar o chá de fraldas que lhe era importante. Assumindo a situação em que a gestante se encontra, passam a sugerir formas para solucionar o seu problema. Nos turnos seguintes, mais do que antes, as médicas demonstram sensibilização e empatia para com o problema da gestante.

Excerto 17 – HMF_ECOOBST_sueli_FERNANDA_30_10_13

221 FERNANDA: †i::sso aí tu chama a [tuas amigas]
 222 ROSÂNGELA: [exatame:nte]
 223 FERNANDA: pra conhecerem a nenêm=
 224 ROSÂNGELA: =aí o bebê eu já tive
 225 vá:rias
 226 (0.6)
 227 ROSÂNGELA: conhecidas que fizeram o chá
 228 (0.6)
 229 ROSÂNGELA: >o bebê nasceu prematuro<

Nessa sequência, a médica Rosângela traz exemplos de experiências parecidas e mostra que compreende a situação vivida pela gestante, demonstrando também que há soluções possíveis. Ao trazer relato de experiências parecidas, as interagentes criam aproximação entre si e demonstram compreensão mútua, evidenciando empatia interacional.

No Excerto 18, o acompanhante da gestante, durante exame de ultrassonografia, escora-se na parede e involuntariamente aciona o aparelho de álcool gel automático que está atrás de si. Ao acioná-lo, o som produzido pelo acionamento do aparelho chama a atenção dos presentes na sala no momento do exame e cria uma situação que, nesse contexto, poderia ser em certa medida encarada como constrangedora.

Excerto 18 – HMF_ECOOBST_talita_FERNANDA_08_10_13

68 ((acompanhante aciona o sabonete em gel
69 que está em suas costas na parede))
70 (3.2)
71 TALITA: *hehehehe*
72 (2.7)
73 FERNANDA: ativô o negócio so[zinho]
74 TALITA: [hihihi]hihi
75 ACOMPANHANTE .h hhh
76 (1.5)
77 FERNANDA: não te preocupa eu já fiz isso,
78 PESQUISADORA: {{rindo} eu também}
79 (1.3)
80 FERNANDA: todo mundo {{rindo} já fez isso}

Conforme os turnos das linhas 71, 74, 75 e 80, todos que estavam na sala se orientaram para a situação por meio do riso. O riso, nesse caso, parece quebrar momentaneamente a seriedade de evento e permite que todos se alinhem em um curto período de descontração. Nos turnos das linhas 77 e 80, a médica diz que a mesma situação já ocorreu com ela e que todo mundo já fez isso. Dessa forma, ela toma esse acontecimento como comum e, portanto, não como evento isolado ou como algo que só poderia acontecer com alguém descuidado ou desastrado, por exemplo. Ao dizer que já passou pela mesma situação, a interagente explicita que sabe exatamente como o outro pode estar se sentindo, demonstrando compreensão do outro e, portanto, empatia.

No Excerto 19, ainda da mesma interação e sobre o mesmo assunto, a gestante Livia queixa-se da dificuldade que vivencia por trabalhar em uma confeitaria, tendo que resistir aos doces que ela faz.

Excerto 19 – HMF_ECOOBST_livia_DEISE_20_11_13

119 LIVIA: d- d- doce não podê comê e trabalhá com doce

120 e não podê comê
121 DEISE: *hhh*
122 LIVIA: aí eu brigo comigo mesma
123 DEISE: °mas° pen::sa:: que tá no fi:::m
124 (2.3)
125 DEISE: são mais três domi::ngo::s::
126 LIVIA: é:: ma:::is três domingo
127 (1.3)
128 MÉDICA 2: só?
129 DEISE: m::h::m
130 MÉDICA 2: ↑ó:: pra quem passô qua:::ntos
131 domingos sem,
132 (1.2)
133 LIVIA: é pra quem tá desde janeiro, e- se- tje-
134 tive que de uma hora pra outra começá a
135 controlá ↑né °°não é fácil°°
136 (3.5)
137 LIVIA: janeiro não foi tanto mas daí em abril
138 pra cá que a coisa ficou pior
139 (2.9)
140 LIVIA: aí eu não posso comê doce nada nem
141 comê comida
142 (1.4)
143 LIVIA: aí isso também não pode
144 (que meu peso tá aumentando)
145 (3.0)
146 DEISE: sabe da minha alergia?
147 LIVIA: não.
148 DEISE: eu estou alérgica a chocolate

Em resposta à queixa da gestante, a médica traz uma nova perspectiva para a situação (linha 123), iniciada pela conjunção “mas”. Essa conjunção orienta o discurso no sentido de dar mais relevância para a ideia que vem depois do “mas” em relação à ideia que veio antes dele. A médica, então, pede para que a gestante pense que essa situação está no final e que restam apenas três domingos. Trata-se de assumir a situação do outro, ao demonstrar sua compreensão e assumir uma perspectiva positiva. Afinal, há muita diferença valorativa entre considerar vinte e um dias ou apenas três domingos, conforme a expressão utilizada pela médica.

No turno das linhas 146 e 148, diante dos demais turnos providos pela gestante queixando-se por não poder comer doce nem outras comidas de que gosta, a médica traz para a interação a sua alergia a chocolate. Depois elas seguem falando sobre a situação de não poder comer chocolate. Percebe-se que aqui a interagente explicita uma experiência pessoal que possui relação com a situação da gestante, o que evidencia certa compreensão do que a

gestante possa estar passando no que se refere a não poder comer algo que se quer, como chocolate.

5.5 SOLIDARIEDADE EMPÁTICA OU GATILHOS DE EMPATIA

Como vimos na revisão de literatura, o fato de um/uma interagente possuir informações sobre seu/sua interlocutor/a pode facilitar e tornar mais viável a empatia, já que para se colocar no lugar do outro é preciso conhecer algo sobre o outro e/ou sobre como é a situação em que encontra. Existem algumas formulações potencialmente empáticas que se apresentam atreladas a recorrências interacionais anteriores, bem como alguns turnos parecem evidenciar forte possibilidade de que o/a interagente possa valer-se deles para ser empático, já que trazem informações pessoais a seu respeito.

Assim, quando o/a falante faz perguntas no sentido de buscar saber mais sobre seu/sua interagente, provavelmente receberá informações que possibilitem maior compreensão sobre ele, o que, conseqüentemente, proporcionará maiores possibilidades de ser empático/a. A essas recorrências possibilitadoras de empatia chamamos de “gatilhos”, pois são disparadores que desencadeiam a empatia na interação.

A seguir, traremos um exemplo de tentativa de estabelecer aproximação e de construir vínculos de confiança com o/a interagente para, através disso, alcançar meios de gerar empatia, mesmo ao lidar com um/uma interagente desconhecido/a.

Na interação representada no Excerto 20, que não provém de nossos dados, mas de uma pesquisa desenvolvida por Hepburn e Potter (2007), uma mulher liga para uma linha de proteção a crianças do Reino Unido, afirmando que há um menino preso em seu sótão. Ela relata que já acionara a polícia, mas que ninguém acreditara em sua história.

Excerto 20 – Menino no sótão²⁶

1 USUÁRIO: eu estou em mahh .h↑ihh (0.2) eu .h tō des°esperada°
 2 ah realmente estou °↑hhu [hh° .hh]
 3 ATENDENTE: [m:m:..]
 4 USUÁRIO: se alguém não fizer alguma coisa lo:go euh
 5 vou- (0.2) >.h↑ihh< (0.5) >↑eu não sei
 6 o que eu vou fazê. <eu vou morrer> de qualquer forma.<
 7 °a-↑a-° >eu[hhuhh<]
 8 ATENDENTE: [↑mm:]::
 9 (0.4)
 10 USUÁRIO: .h↑↑uihh

²⁶ HEPBURN, POTTER, 2007, p. 18 (tradução nossa).

11 (0.2)
 12 USUÁRIO: °shih°
 13 (0.5)
 14 USUÁRIO: °°h↑↑i [:hh°°]
 15 ATENDENTE: [então] talvez a vida é muito muito
 16 a[:ssustadora.]
 17 USUÁRIO: [e não] é a polícia que irá me impedir

Nessa interação, a pessoa que liga chora ao longo dos doze primeiros minutos, e, como podemos ver nas linhas 3 e 8, o atendente produz uma escuta ativa ao prover continuadores (como “mhm”), que mostram que alguém está do outro lado escutando e, ao mesmo tempo, incentivam o/a falante corrente a continuar falando. Nas linhas 9, 11 e 13, há pausas que evidenciam que o atendente dá à usuária seu tempo para falar. No turno da linha 15, o atendente constrói uma teoria sobre a vida que, nesse contexto, segundo Hepburn e Potter (2007), se apresenta como uma afirmação que pode ser confirmada ou não e que consistiria em um meio de alcançar evidências sobre o que a interagente pensa sobre a vida para posteriormente formular algo sobre aspectos particulares de seu interior.

Percebemos que, no caso de uma interação telefônica com um desconhecido, se torna um tanto difícil produzir turnos potencialmente empáticos, já que não se tem acesso a vários indícios interacionais imbricados no processo de produção da fala, como gestos, lágrimas e expressões faciais. Assim, os turnos das linhas 15 e 16 parecem conter uma busca por aproximação e compreensão da situação que envolve a usuária; com isso, seria possível ter maiores indícios sobre ela para, por meio deles, tentar estabelecer empatia ao longo da interação.

No próximo excerto, a gestante produz dois pedidos de confirmação (linhas 113-114) sobre o período em que está fazendo a ecocardiografia (i.e. sobre ser mais tarde do que as gestantes costumam fazê-la). A médica se engaja de forma ativa com o tópico tornado relevante pela gestante, conforme vemos a seguir.

Excerto 21 – HMF_ECOCARDIO_jenifer_LUANA_15_01_14

113 JENIFER: essa eco faz cedo né eu [tô fazendo ela bem tarde
 114 né:]
 115 LUANA: [é:: geralmente faz mais
 116 cedo] ãhã::,
 117 (1.5)
 118 LUANA: o que que aconteceu tu chegô mais tarde aqui:
 119 jenifer=
 120 JENIFER: =não eu era do:: hospital da frente ali,
 121 [do ((nome omitido))]

122 LUANA: [tu era do] ((nome omitido)) a:: tá. é mas ela tá
 123 querendo se mostrará ôh tamo com sorte
 124 (2.4)
 125 LUANA: aqui: ôh é o coraçãozinho da tua [nenê]=
 126 JENIFER: [ãrrã:,]
 127 LUANA: =ela tá com
 128 a cabecinha prá baixo, as costinhas tão prá frente,
 129 o sombreado da coluna,
 130 (2.2)
 131 LUANA: tá preocupada jenifer?
 132 (0.5)
 133 JENIFER: ↑n:ão.=
 134 LUANA: =°nãõ,°

Após responder aos dois pedidos de confirmação da gestante (linha 115), a médica retoma o assunto na linha 118, abrindo espaço para a gestante falar sobre o que aconteceu e sobre o motivo de ela estar fazendo o exame mais tarde do que é comumente realizado. Após a resposta da gestante (linha 120), em que ela conta que estava fazendo seu acompanhamento gestacional em outro hospital, a médica responde por meio da repetição parcial do turno da gestante (linha 122). No mesmo turno, a médica produz um sinal de mudança de estado cognitivo (HERITAGE, 1998): através do “a:: tá”, ela explicita entendimento do motivo que fez com a gestante fizesse o exame mais tarde. No mesmo turno, a médica muda o tópico da conversa e passa a descrever as imagens que aparecem no monitor do exame, ajustando o assunto para o exame propriamente dito.

Após realizar a descrição das imagens, na linha 131 a médica produz um turno em entonação ascendente, cujo formato implementado é uma pergunta polar, porque solicita uma resposta de sim ou não. Essa pergunta, no entanto, é produzida em formato declarativo e projeta alto grau de inferência, contendo informações prévias que indicam que a médica está atenta e orientada para algumas pistas sequenciais ou contextuais de que a gestante poderia estar preocupada. Assim, a pergunta produzida pela médica não é aberta e desinformada, mas uma tentativa de interpretação ou uma suspeita de que a gestante esteja preocupada baseada em algo que está acontecendo. A pergunta gera, como consequência interacional, uma abertura para a gestante falar sobre si e sobre como ela se sente, visto que o tópico da pergunta consiste em um estado interno da gestante (preocupação). A gestante provê uma resposta imediata, negando preocupação, e, diante disso, a médica volta a se orientar para a descrição das imagens do monitor. Contudo, alguns turnos mais tarde, a gestante retoma o tópico.

Excerto 22 – HMF_ECOCARDIO_jenifer_LUANA_15_01_14

140 LUANA: [parece umas]=
 141 JENIFER: [só tô::]
 142 LUANA: =mãozinha, ãh.=
 143 JENIFER: =só tô um pouco ansiosa
 144 agora.
 145 (.)
 146 LUANA: por quê?:
 147 JENIFER: por que a médica falô que daqui duas sema:nas, se
 148 não nascê eu vou baixá prá-
 149 LUANA: prá fazê cesárea?
 150 JENIFER: prá::: (0.7) †a: acho que eles botam um soro né
 151 porque [eu tô que não-]
 152 LUANA: [prá induzí:]=
 153 JENIFER: =[é:,]
 154 LUANA: [mhm]

Nas linhas 141 e 143, a gestante retoma o tópico iniciado com a pergunta da médica (linha 131) e, dessa forma, a gestante “complementa” e modifica o teor da sua resposta, afirmando que só está um pouco ansiosa no momento. Ela parece ter precisado de um tempo para formular sua fala sobre como se sente, o que resultou na retomada do tópico após alguns turnos de fala. Pareceu que a pergunta da médica foi inesperada, visto que a reação a ela demandou um processo mais demorado para ser executado. Esses fatos evidenciam que lidar com questões internas das gestantes, sobre como se sentem, é algo de certo modo inesperado, já que as interações nesse contexto tendem a restringir-se a parte técnica referente ao possível ou confirmado “problema de saúde” que está em jogo. Enquanto isso, as preocupações das gestantes não tendem a se tornarem tópicos da interação, enquanto que quando a preocupação ou qualquer outro estado interno da gestante é tornado relevante, pode-se caracterizar essa sequência como empática. Isso porque, conforme corroboram Falcone, Gil e Ferreira (2007) a empatia auxilia as pessoas a explorarem suas preocupações de modo mais completo e acrescentam que

[...] as verbalizações mais sensíveis ou empáticas são aquelas que se focalizam nos sentimentos e pensamentos da pessoa-alvo, sem julgar, descrevendo, explicando e validando esses sentimentos e pensamentos. As verbalizações menos sensíveis ou menos empáticas tendem a focalizar o evento em si. (FALCONE, GIL, FERREIRA, 2007, p. 1)

Na linha 146, em resposta à autorrevelação da gestante de que está ansiosa, a médica pergunta os motivos de se sentir assim, e, com isso, engaja-se em escuta atenta, encorajando e

incentivando a gestante a falar sobre si, o que caracteriza a a solidariedade empática, conforme Bachelor (1988) e Wynn (2011). No turno da linha 147, quando a gestante explica porque está ansiosa, a médica realiza uma coconstrução de turno (linha 149), que se caracteriza como mais um mecanismo interacional da escuta ativa. A coconstrução de turno ocorre quando o/a falante corrente inicia um turno de fala e, dado algum indício durante sua produção de dúvida ou problemas de produção, o/a próximo/a falante provê o restante do turno. Trata-se de uma ação interacional que demanda afinidade, atenção e algum conhecimento partilhado.

Percebe-se que há uma forte correspondência entre a escuta ativa (HUTCHBY, 2005; PHILIPS, 1999) e a solidariedade empática (BACHELOR, 1988; WYNN, 2011). Ambas definem estratégias de escuta, de conversa centrada no outro, provendo possibilidades e incentivos para que o outro fale e se orientando para o desenvolvimento dos assuntos tornados relevantes pelo outro. Essas estratégias possibilitam que emirjam interacionalmente várias informações sobre a gestante, criando possibilidades de se gerar empatia. Heritage (2011) afirma que cada aumento em detalhes ao se contar uma história aumenta a pressão sobre a motivação e capacidade de o interlocutor de responder com empatia. Além disso, Eide et al. (2004) caracterizam como sequências potenciais para o estabelecimento de empatia quando o assunto da conversa refere-se a questões internas ou experiências pessoais e sociais do/a interagente.

O turno de fala “tá preocupada Jenifer?” (linha 131), ainda que não tenha sido uma formulação precisa de como a gestante se sente, parece ter tido grande impacto na interação, visto que:

- a) gera uma tentativa de interpretação sobre como a gestante estaria se sentindo através de um turno um pouco declarativo que solicita confirmação;
- b) implica na busca de compreensão sobre o estado interno da gestante;
- c) gera abertura para a gestante falar sobre si mesma;
- d) cria oportunidade de emergirem na interação mais informações sobre a gestante, o que gera a possibilidade de se instaurar empatia;
- e) contribui para o estabelecimento da escuta ativa;
- f) oportuniza a criação e o gerenciamento de vínculos de confiança e afetividade (não apenas vínculos profissionais na relação médico/a-paciente);
- g) mostra esforço de compreensão e percepção de como a gestante se sente;
- h) expressa orientação para pistas contextuais (médica “presta atenção” aos “sinais”

evidenciados pela gestante e busca lidar com eles).

Após a gestante ter explicitado suas dúvidas sobre o parto, esclarecendo o que a deixava ansiosa, ambas mudam de assunto e seguem a realização do exame. No final do atendimento, a médica retoma o tópico causador da ansiedade da gestante e se orienta para ele, conforme o Excerto 23.

Excerto 23 – HMF_ECOCARDIO_jenifer_LUANA_15_01_14

263 LUANA: agora é esperá e vê o que a natureza vai resolvê
 264 pra vocês né::?
 265 JENIFER: é.
 266 LUANA: se vem por ci:ma, ou se vem por ba:ixo, vê por onde
 267 essa guria vem
 268 JENIFER: de um jeito ou de outro ela vai vim *hhh*
 269 LUANA: a:: si:m, daqui um pouco ela tá chega:ndo

No final do atendimento, ao retomar o motivo da ansiedade da gestante, a médica orienta-se para a relevância do que a gestante sente e se engaja em prover algum conforto para seu problema.

A seguir, são analisadas sequências interacionais que evidenciam a empatia (ou a falta dela), mas que se constituem em recorrências que ainda não foram abordadas em outros estudos sobre empatia interacional de que se têm notícias.

5.6 EMPATIA EVIDENCIADA (OU NÃO) NAS ESCOLHAS LEXICAIS

Os excertos aqui discutidos apresentam ainda algumas recorrências interacionais que envolvem o colocar-se (ou não) no lugar do outro ao longo do evento interacional. Essas recorrências são características da relação médico/a-paciente no local pesquisado e fornecem meios de refletir, tendo em vista a empatia, se e como ocorre de fato a consideração do outro e a demonstração da compreensão desse outro e de sua situação e, ainda, o que isso implica para a interação nesse contexto.

5.6.1 Colocar-se no Lugar da Paciente por meio de Escolhas Lexicais

Durante um atendimento de aconselhamento genético, tipo de atendimento que também é realizado, quando necessário, com as mesmas gestantes que participam das

ultrassonografias e ecocardiografias fetais analisadas neste trabalho, ocorreu um episódio que suscitou esta seção de análise. Ao iniciar seu atendimento, o médico geneticista pergunta à gestante o que ela já sabe sobre o problema que fora detectado em seu bebê. A gestante responde que não sabe nada porque “eles falam entre si e ela não entende nada”. Nesse turno da gestante, o pronome “eles” refere-se aos médicos (preceptores e residentes) envolvidos na realização dos exames de imagem em nosso contexto de estudo.

Percebeu-se que, por haver, com frequência, mais de um/uma profissional presente na sala durante a realização do exame, esses profissionais costumam discutir aspectos relacionados ao exame a até mesmo sobre o diagnóstico proveniente do exame. Isso ocorre entre os/as profissionais, que não costumam reportar-se diretamente à gestante, assumindo-a como interagente ratificada, enquanto se engajam nessas discussões “internas”, que costumam assumir caráter mais técnico. Ao se orientarem para assuntos técnicos e com o uso de jargão ajustado a interlocutores profissionais da área da saúde, ainda que de interesse das gestantes e de seus acompanhantes, essas conversas acabam muitas vezes sendo inacessíveis a eles – bem como seriam em geral a leigos/as na área.

Por um lado, tem-se que considerar as especificidades do contexto em que não apenas ocorrem atendimentos, mas que também consistem em aulas práticas para residentes, nas quais, portanto, há questões técnicas que necessitam ser discutidas para dar conta desse aspecto do evento e que, por consequência, podem não ser acessíveis a participantes leigos/as. Por outro lado, cabe esclarecer que a escolha lexical e a ação de não selecionar a gestante como participante da interação durante o exame enquanto se discutem os “achados” sobre a saúde do feto evidenciam-se como possíveis práticas de “desconsideração do outro”, a saber: gestantes e acompanhantes. A prática de não se orientar para a presença do outro nas escolhas lexicais e de não considerar o outro como interlocutor/a ao tratar de assuntos que podem ser de seu interesse evidencia-se como a ausência de empatia, isto é, como um não se colocar no lugar do outro.

O Excerto 24 representa uma sequência ocorrida quando a residente retorna para a sala junto com a médica preceptora a fim de que esta última confira o exame, a fim de laudá-lo.

Excerto 24 - HMF_ECOOBST_pietra_FERNANDA_03_12_13

119	FERNANDA:	↑i::: >será que se foi?<
120		(2.7)
121	PIETRA:	↑ai olha só se aconteceu alguma coisa-
122		se <u>t</u> á acontecendo °aqui né porque:°

123 (1.1)
 124 ROSÂNGELA: será que se ↑foi, o aparelho >que desligô<
 125 [é isso que ela tá querendo dizê.]
 126 FERNANDA: [<°eu preciso sabê tá?°>]

Ao entrarem na sala, a médica residente olha para o monitor do computador e, com expressão e entonação de espanto, pergunta, olhando para a preceptora, se “se foi”, fato sobre o qual a gestante mostra preocupação e solicita esclarecimentos. Essa situação se explica como um problema de entendimento ou de intersubjetividade em que cada interagente pode estar orientado para um sentido diferente ao referir-se à expressão “se foi”. Tal expressão costuma ser utilizada, na língua portuguesa do Brasil, como um eufemismo, isto é, uma figura de linguagem que designa morte por meio da substituição da palavra “morrer”, a fim de atenuar algo desagradável ou triste, suavizando a realidade.

Essa sequência mostra a importância de atentar-se para os/as interagentes presentes na sala, mesmo os/as interagentes não ratificados/as, ou seja, aqueles/as a quem um turno pode não estar sendo dirigido diretamente. Nesse caso, como vemos no Excerto 24, cada ação performada durante o período do exame possui impacto na gestante – uma paciente em gestação de médio ou alto risco, que busca notícias sobre o estado de saúde do feto que gesta. Dessa forma, considerar (ou não) a presença da gestante ao agir e procurar (ou não) ajustar sua fala também a essa interlocutora consistem formas de demonstrar consideração e compreensão sobre aquele interagente.

No Excerto 24, a gestante demonstra preocupação que fora visivelmente desencadeada por um turno cujo referente (a saber, imagem do monitor onde é feito o exame) não foi explicitado. Turnos sem referente, expressões indiretas, incompletas ou que utilizam termos técnicos ao serem utilizados com a gestante ou em sua presença podem gerar lacunas e dúvidas. Essas dúvidas, por sua vez, considerando que todas as gestantes atendidas no setor estão em situação de risco gestacional, podem gerar preocupações para as pacientes.

Portanto, ajustar a fala médica também à gestante envolve, aqui, empatia. Não considerar a presença e a situação da gestante (provavelmente de espera e preocupação) consiste em falta de empatia. O modo de produção da fala, de forma a considerar ou não a gestante como interlocutora que ouve, mesmo não participando diretamente da conversa, consiste em um tipo de empatia. Seria uma empatia não diretamente explicitada, mas demonstrada por meio das práticas que se colocam no lugar do outro e procuram compreender e, assim, considerar sua situação de modo a ser solidário. Trata-se de orientar o curso de suas

ações de forma empática, para, por meio dessa orientação empática, empreender ações altruístas e humanizadas.

Nesse sentido, traz-se o Excerto 25, que representa uma sequência ocorrida durante uma ecocardiografia fetal. Enquanto realiza o exame, a médica informa à gestante que o batimento cardíaco do feto estava em 149.

Excerto 25 – HMF_ECOCARDIO_poliana_LUANA_30_10_13

201	LUANA:	batimento cardíaco
202		(5.6)
203	LUANA:	tá em cento e quarenta e nove
204	POLIANA:	“mh:m” isso é bom?
205	LUANA:	isso é bom.
206		(2.6)
207	LUANA:	tá normal tudo certo

No turno seguinte (linha 204), a gestante confirma a escuta dessa informação com um “mh:m”, e no mesmo turno pergunta se isso é bom. A gestante demonstra que a informação provida pela médica (i.e. um número simplesmente, sem um qualificador) não tem sentido para ela, pois ela não possui conhecimento técnico da área para aferir-lhe *status* positivo ou negativo. A mensuração da valência de certas informações só adquire sentido se provida pelo próprio profissional. Já a ausência de explicações pode gerar dúvidas e, ainda, preocupações. Essa sequência se justifica pelo mesmo viés da anterior, ou seja, seu desdobramento indica que quanto mais explicações forem providas por representantes institucionais, menor será a possibilidade de a gestante permanecer com dúvidas e/ou preocupações desnecessárias. Quanto maior a orientação empática que a médica confere às suas ações, ou seja, quanto mais a médica demonstra que procura compreender a situação da gestante e se coloca no lugar dela, maior será a fluidez da interação. Isso ocorreria porque as interagentes estariam ajustadas uma a outra, por meio da compreensão mútua, o que otimizaria a intersubjetividade.

No Excerto 26, a médica responde a uma pergunta feita pela gestante sobre como está a situação de seu feto.

Excerto 26 – HMF_ECOOBST_edineia_DEISE_19_11_13

681	ROSÂNGELA:	é:: nós temos ainda
682		(1.1)
683	ROSÂNGELA:	uma <gestação>

684 (1.7)
 685 ROSÂNGELA: que tem muito pra **evoluir** †né:
 686 (0.5)
 687 ROSÂNGELA: então assim o que que a gente vê aqui é que eu
 688 vejo o coração >eu vejo desculpa< eu vejo
 689 o estômago lá- lá em cima †tá::
 690 (0.6)
 691 ROSÂNGELA: eu vejo que tem uma área boa ainda de pulmão de
 692 pulmão direito só que nós tâmo com vinte e duas
 693 se†manas?
 694 DEISE: <isso> vinte e †duas
 695 (2.2)
 696 ROSÂNGELA: nós temos ainda um percurso grande às vezes as
 697 coisa evoluem †né
 698 EDINEIA: °mhm°

((linhas omitidas))

702 ACOMPANHANTE: **evoluir que você fala é: evoluí pra melhor ou**
 703 **[pra pior?]**
 704 ROSÂNGELA: [nós vamo]
 705 (0.7)
 706 ROSÂNGELA: ã:: nós vamo [sentá]
 707 ACOMPANHANTE: [pode]
 708 ROSÂNGELA: e nós vamo conversá claramente sobre tudo
 709 (0.7)
 710 ROSÂNGELA: †tá:
 711 (1.1)
 712 ROSÂNGELA: mas aí a gente vai olhá olho no olho

Nos turnos entre as linhas 681 a 698, a médica explica à gestante que a gestação ainda está em fase inicial e que há muito para evoluir. Em resposta a essa explicação, no turno da linha 702, o acompanhante explicita que não compreendeu qual o sentido atrelado ao termo “evoluir”, que pode denotar algo positivo, bem como algo negativo. O termo “evoluir” é um termo ambíguo que foi utilizado em um turno que ocupou o espaço de ação em resposta para o questionamento feito anteriormente pela gestante, no entanto não proveu as informações necessárias para de fato sanar as dúvidas da gestante e de seu acompanhante. Trata-se de uma ação que responde, mas não responde de fato. Além do termo ambíguo “evoluir”, o restante do conteúdo dos turnos em que a médica preceptora Rosângela descreve o que ela vê no exame também não são autoexplicativos e podem não fazer sentido para quem não possui conhecimento técnico em medicina.

Conforme vem-se apontando já nas análises anteriores desta seção, interagir de forma empática também implica o colocar-se no lugar do outro no sentido de compreender os estados (de preocupação, por exemplo) que envolvem determinadas situações e procurar saná-

las, por meio de solidariedade social, didatização e ajuste da fala ao interlocutor. Ajustar a fala à situação do outro envolve a busca por compreender a situação do outro e, por meio dessa compreensão, procurar prever o impacto que cada ação poderá causar no/na interagente. Todo esse processo de levar o outro em conta e de lidar com suas demandas envolve empatia, a qual se materializa no desdobramento interacional, permeando as ações e a maneira como são performadas, de modo mais ou menos direto, porém perceptível.

Em resposta, a médica afirma que eles todos irão, em outro momento, sentar para conversar claramente e que nesse momento olharão “olho no olho” (linha 712). A fala da médica, na verdade, nos remete ao contexto específico de nossos dados, em que os interagentes não estão sentados frente a frente, mas todos voltados para o monitor que projeta as imagens do exame. Importante salientar aqui que a fala da médica também indica que há dificuldade em tratar de assuntos delicados, como dar notícias ruins e explicar problemas encontrados do modo como os/as interagentes estão dispostos no ambiente da sala, de lado ou de costas uns para os outros e a gestante deitada sobre a cama. Inclusive, conforme os diários de campo de nossa pesquisa, percebeu-se que a médica que realiza as ecocardiografias fetais pede para que a paciente limpe o gel da sua barriga e se levante para, em seguida, conversar sobre os resultados exame. Parece que determinados tópicos necessitam de contato visual e de enfoque total, ou seja, de que os interagentes não estejam envolvidos em outra tarefa (exame) enquanto conversam.

No Excerto 27, a médica preceptora Rosângela e a residente Deise conversam entre si a respeito de aspectos da formação do feto enquanto realizam o exame. As médicas discutem a respeito de possibilidades sobre o que o feto tem e sobre quais outros problemas ou anomalias estariam envolvidos em seu estado de formação. Nessa sequência de turnos entre as médicas, uma delas utiliza um termo que, em seguida, é retomado pela gestante, conforme se vê a seguir.

Excerto 27 – HMF_ECOOBST_edineia_DEISE_19_11_13

616	DEISE:	é só uma avaliação <u>r</u> ápida assim pra
617		(1.2)
618	ROSÂNGELA:	pra vê se não tem transposição que <u>n</u> ão tem tá:
619		(0.9)
620		porque olha aqui ó
621		(1.7)
622	ROSÂNGELA:	esse aqui é o ventrículo di↕reito
623	DEISE:	°mhm°

624 ROSÂNGELA: saindo pra- pro tronco da pulmonar ó:
 625 (1.7)
 626 EDINEIA: o que seria uma transposição?
 627 ROSÂNGELA: m:: >umas coisa feia<
 628 (0.7)
 629 ROSÂNGELA: TEM NADA A VER COM O TEU BEBÊ
 630 DEISE: fica tranquila
 631 ROSÂNGELA: tá bom?
 632 (2.2)
 633 ROSÂNGELA: sã:o
 634 (0.7)
 635 ROSÂNGELA: alguns defeitos que às vezes podem ocorrer
 636 junto

No turno da linha 626, a gestante retoma um termo técnico utilizado pelas médicas (entre elas) ao discutirem as imagens do feto enquanto realizam o exame. A gestante pergunta o que seria “uma transposição”, explicitando interesse e preocupação em compreender o termo, já que ele fora utilizado para se referir a seu bebê. A médica preceptora Rosângela, ao produzir sua resposta, inicia com um prefácio, por meio do som alongado “m: :”, que não possui nenhum conteúdo atrelado a si, mas opera com a função de, nesse turno, postergar a resposta propriamente dita à pergunta feita pela gestante. Essa postergação pode ser em função de a interagente estar elaborando mentalmente sua resposta enquanto segura o turno para si. Em seguida, a médica produz a resposta propriamente dita através de uma descrição ampla e genérica do termo, dizendo que transposição é “umas coisa feia” (linha 627), explicação essa que apenas avalia negativamente algo que a gestante continua sem saber o que é.

Em seguida, lidando com a ausência de explicação satisfatória para um entendimento mínimo do que seja o objeto da dúvida da gestante, a médica afirma assertivamente que “transposição” não tem nada a ver com o bebê da gestante, ou seja, elas apenas falavam sobre o termo, mas isso não significava, conforme se entende no turno da médica, que este feto apresente “transposição”. Logo após distanciar transposição da situação desse feto em particular, a médica pede para a gestante ficar tranquila (linha 630), utilizando o verbo “ficar” de forma assertiva e imperativa “fica” (equivalente a “fique”), fazendo com que o turno adquira função de orientação – ou quase uma ordem. As interagentes seguem falando sobre isso, e a médica Rosângela se engaja em produzir explicações para que o termo fique mais claro para a gestante.

No Excerto 28, percebe-se novamente como o uso de determinados termos, nesse caso um termo técnico, durante o exame, pode gerar dúvida e preocupação à gestante. Portanto,

quanto mais explicativa e ajustada aos pacientes for a produção da fala, mais empática ela será. Como qualquer ação empática irá atentar-se para que o outro possa estar compreendendo o que está acontecendo, a consideração pelo outro ao realizar escolhas lexicais tornará a interação permeada de solidariedade social e de humanização.

O Excerto 28 ocorre quando a residente Fernanda conclui o exame e avisa a gestante que chamará a médica preceptora para “dar uma olhadinha” (linhas 204-205). Essa é uma prática habitual – a dos residentes chamarem seus preceptores para conferirem o exame, de forma a poderem esclarecer dúvidas a respeito de como o exame deve ser feito.

Excerto 28 – HMF_ECOOBST_alana_FERNANDA_09_10_13

204 FERNANDA: espera um pouquinho que a rosângela vai vir dar
 205 uma olhadinha tá
 206 (0.5)
 207 ALANA: tá °°(tá tu- tudo bem)°°
 208 (.)
 209 FERNANDA: {{rindo} sim} só que ela tem que fazê uma
 210 artéria que eu não tô conseguindo fazê [tá]
 211 ALANA: [tá]
 212 (1.6)
 213 ALANA: a gente se assusta hh=((parece um riso nervoso))
 214 FERNANDA: =não: não precisa ficá assustada
 215 (3.5)
 216 ALANA: que que é isso °artéria°
 217 (1.9)
 218 FERNANDA: arté:ria
 219 (.)
 220 ALANA: É
 221 (1.0)
 222 FERNANDA: é aquilo que s:- há: manda o sangue pro bebê
 223 (0.5)
 224 ALANA: °°ah tá°°
 225 (1.4)
 226 ALANA: m
 227 (2.0)
 228 FERNANDA: tá mas ela vai chegá aqui e já vai achá
 229 (1.2)
 230 ALANA: ah mas tá tudo bem tá
 231 (.)
 232 FERNANDA: sim porque (.) isso não é do bebê isso é teu
 233 (0.6)
 234 ALANA: ah tá
 235 (9.0) ((fernanda sai da sala))
 236 ALANA: °co:mo assi:m meu?° ((gestante se pergunta))

No turno das linhas 204 e 205, a residente informa à gestante que irá chamar a preceptora para dar uma olhadinha, e essa informação é recebida como preocupante, pois, a seguir, a gestante pergunta se está tudo bem. A gestante demonstra, então, não saber que chamar o preceptor para conferir o exame é algo que faz parte das práticas de um hospital-escola. A gestante parece se orientar para a situação interpretando-a como uma solicitação de ajuda diante de um problema ou de algo grave. Quando Fernanda explica que não há com o que se preocupar, ela utiliza um termo inacessível para a gestante, a saber, “artéria”, o que acaba gerando mais dúvida na gestante, pois esta novamente pergunta se está tudo bem, por meio de um pedido de confirmação (linha 230). A resposta da residente (linha 232) parece gerar ainda mais dúvida na gestante, pois, logo que a residente sai da sala, a gestante demonstra não ter compreendido o que a residente disse a respeito da artéria (linha 236).

O que essa sequência evidencia, assim como as demais sequências da seção, é como a empatia ou a sua ausência, opera o tempo todo no desdobramento interacional de modo que podemos caracterizar as práticas interacionais de um/uma interagente, ou seja, uma longa sequência, como orientada pela empatia ou não. Aqui, percebe-se que a empatia, além de evidenciar-se por meio de mecanismos mais específicos e pontuais (como a formulação), também é passível de emergir em um evento interacional de modo a caracterizar o engajamento interacional de um/uma interagente de forma ampla como sendo ou não empático. Trata-se, aqui, de um envolvimento com o outro para mostrar ao longo da interação que se está buscando compreender o outro através do ajuste das ações interacionais, tendo em vista o outro ou o que se compreende dele.

Assim, depreende-se dessas seções de análise que quanto mais os/as interagentes evidenciarem compreensão mútua, mais acurada será a intersubjetividade, mais ajustada a fala será ao/à interlocutor/a e maior será a fluidez interacional. Se considerarmos a empatia empregada no sentido de solidariedade social, maior será também a orientação empática para o outro. Tendo apresentado a análise de dados, em seguida apresentaremos as considerações finais deste trabalho, de modo a organizar e refletir sobre o que foi encontrado no capítulo de análise.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo quer-se retomar algumas questões propostas ao longo do trabalho, discorrer sobre os seus principais achados e mostrar como este trabalho pode contribuir para a teoria sobre a empatia no que se refere à sua perspectiva interacional. Pretende-se também mostrar como este estudo pode contribuir de forma prática para a sociedade de forma mais larga, a partir do que aprendemos no contexto de atendimentos em saúde, do qual são provenientes os nossos dados. Iniciamos, então, as Considerações Finais retomando o que motivou este estudo e que se objetivava realizar por meio dele.

6.1 RETOMANDO A QUE VEIO ESTA DISSERTAÇÃO

A revisão de literatura deste trabalho mostrou que a empatia vem sendo, há muito tempo, estudada em áreas que possuem interesse por questões internas das pessoas, ou seja, questões que envolvem emoções e pensamentos. Mostrou, ainda, que essas áreas – a saber, filosofia, psicologia, entre outras – vêm também empreendendo esforços no sentido de esclarecer como a empatia funciona em ações práticas. Isso porque por mais que sua definição de colocar-se no lugar do outro e compreender como o outro se sente com relação a algo esteja vinculado a ações práticas de ajuda e de interesse pelo outro, ela ainda não dá conta, de forma mais concreta e detalhada, de como isso acontece na interação. Essa falta de concretude ocorre porque qualquer ação altruísta, realizada no sentido de ajudar outra pessoa em uma situação difícil, poderia ser caracterizada como empatia.

Foi a partir dessa problemática que este estudo propôs-se a, com base nos pressupostos teórico-metodológicos da Análise da Conversa, elucidar por meio de quais mecanismos interacionais a empatia evidencia-se em dados de fala naturalística em um contexto de atendimentos médicos no SUS. A seguir descrevemos os principais achados deste estudo.

6.2 PRINCIPAIS RESULTADOS DESTES ESTUDO

Partindo de uma perspectiva *interacional*, percebeu-se que havia, nas interações que constituem nosso conjunto de dados, sequências nas quais questões de cunho emocional e internas aos/às interagentes vinham à tona e eram topicalizadas, isto é, tornavam-se o assunto da conversa. Encontraram-se, também, sequências em que um/uma dos/das interagentes procurava descrever uma situação vivida pelo/a interlocutor/a, seja qualificando-a (como

difícil ou assustadora, por exemplo), seja realizando prospecções imaginárias sobre ela e até mesmo trazendo experiências próprias semelhantes, demonstrando, assim, compreensão e entendimento sobre o que o outro está passando. As ações interacionais de partilhar das experiências e demonstrar compreensão sobre o outro ou sobre a vida do outro podem gerar o estabelecimento de laços de proximidade e confiança.

Assim, mesmo que os/as interagentes discordem sobre qual decisão tomar, há um entendimento mútuo operando na interação, o que, nos dados analisados neste estudo, pareceu gerar uma espécie de simetria que coloca médicos/as e gestantes em uma relação próxima e estabelece vínculos de intimidade por “terem algo em comum”. Além disso, esse entendimento mútuo parece gerar vínculos de confiança, como nos Excertos 15 e 16, em que a médica preceptora Rosângela e a residente Fernanda comunicam à gestante de que ela deverá ser internada e a gestante reluta em aceitar o fato devido ao chá de fraldas que estava sendo por ela planejado. O fato de a médica preceptora contar que já teve várias amigas que precisaram fazer o chá de fraldas depois do nascimento do bebê, com ele no colo, e que isso é muito comum gera vínculos entre as interagentes para além dos estritos à realização do exame em si. Isso ocorre porque é dada atenção à preocupação do outro, tornando essa preocupação interacionalmente relevante e demonstrando compreensão sobre ela. Dessa forma, a médica demonstra compreensão e apropriação dos sentimentos que envolvem a situação da gestante, gerando empatia.

Dessa forma, a empatia pode melhorar a interação e a relação interpessoal entre os interagentes quando é externalizada por meio de ações práticas, pois, conforme se percebeu na análise dos dados, a empatia confere ao desdobramento interacional maior vínculo e proximidade na relação entre os/as interagentes. Essa aproximação ocorre em detrimento de distâncias muitas vezes atreladas ao desconhecimento um do outro e a papéis institucionais que orientam as demandas da interação e os assuntos a serem tratados, e criam barreiras que fogem ao *script* do evento interacional. Assim, corroboramos o estudo de Ruusuvoori (2012) ao afirmarmos que a empatia, ao alargar a confiança entre os interagentes, pode quebrar barreiras de estranhamento, desconfiança e desconforto, gerando maior solidariedade social.

Também observamos, a partir da análise, que nas sequências em que há empatia costumam ocorrer concomitantemente mecanismos da escuta ativa. A escuta ativa revela-se um elemento-chave para o estabelecimento da empatia na prática, ou seja, para que a empatia possa ser analisada como resultado palpável de um processo intersubjetivo e interacional. Para os estudos interacionais, é justamente na sequência de ações interacionais, ou seja, na

construção colaborativa de uma interação, que pode ser estabelecida uma relação empática socialmente compartilhada.

A escuta ativa, por sua vez, também acontece somente por meio de ações interacionais. Em outras palavras, a ação de escutar e colaborar na construção da conversa de forma empática (ou não) depende de alguém realizando determinadas ações interacionais. Assume-se, assim, que a escuta ativa está atrelada à agentividade (CLAYMAN, 2012) dos/das interagentes, assim como a empatia o está. A empatia consiste em uma ação não necessariamente comum em atendimentos médicos que não sejam os de psicoterapia (GILL, ROBERTS, 2012; WYNN, BERGVIK, 2009). Ao construir solidariedade social (RUUSUVUORI, 2012), a empatia acaba fazendo parte de camadas “superiores” da interação (WYNN, 2004). Ao falarmos de camadas “superiores” da interação, remetemo-nos a fenômenos interacionais que vão além de preencher locais relevantes para transição de turnos. Em outras palavras, a empatia faz parte de sequências interacionais em que emergem compreensões de aspectos internos do outro e sobre a situação do outro.

A empatia, dessa forma, não é uma segunda parte de par adjacente tornada relevante por determinada primeira parte de par adjacente, assim como, por exemplo, um aceite ou uma rejeição são tornados relevantes como segundas partes para um convite. A empatia é um mecanismo interacional que vai além do que é esperado ou constrangido por um turno anterior. Ela é resultado de uma iniciativa autônoma do/a falante e, por isso, é agentiva. A empatia é uma espécie de “algo a mais” na interação, que ultrapassa a conjuntura básica da maquinaria (SACKS, 1992) interacional. A estrutura básica da interação envolve o sistema de troca de turnos e de preferência, por exemplo, e envolve também outros níveis menos básicos e mais elevados que envolvem a consideração da emoção e de afiliação social, por exemplo.

Considerando-se o tipo de evento interacional tratado neste estudo, a saber, as interações entre médicos/as e pacientes, pode-se afirmar que a empatia caracteriza um estilo de interagir centrado no/na paciente e não na doença ou nos sintomas. Dessa forma, as demandas técnicas do atendimento médico passam a ser vistas como algo em prol do/da paciente, em vez de serem o foco interacional em si mesmas, e o/a paciente, por sua vez, passa a adquirir um status mais central no atendimento.

Salienta-se a importância que a conversa adquire no sentido de fazer emergir empatia e, conseqüentemente, de gerar a sensação de haver algo em comum entre os/as interagentes. Verifica-se, também, a importância adquirida também pela agentividade das pacientes durante os exames, para que os/as profissionais da saúde possam ter material interacional disponível para gerar empatia a partir do que o/a paciente evidencia por meio de sua fala. Afinal, a escuta

ativa necessita de material para ocorrer, e, quanto mais informações sobre o/a interagente estiverem disponíveis, maior será a possibilidade de se conseguir estabelecer a empatia.

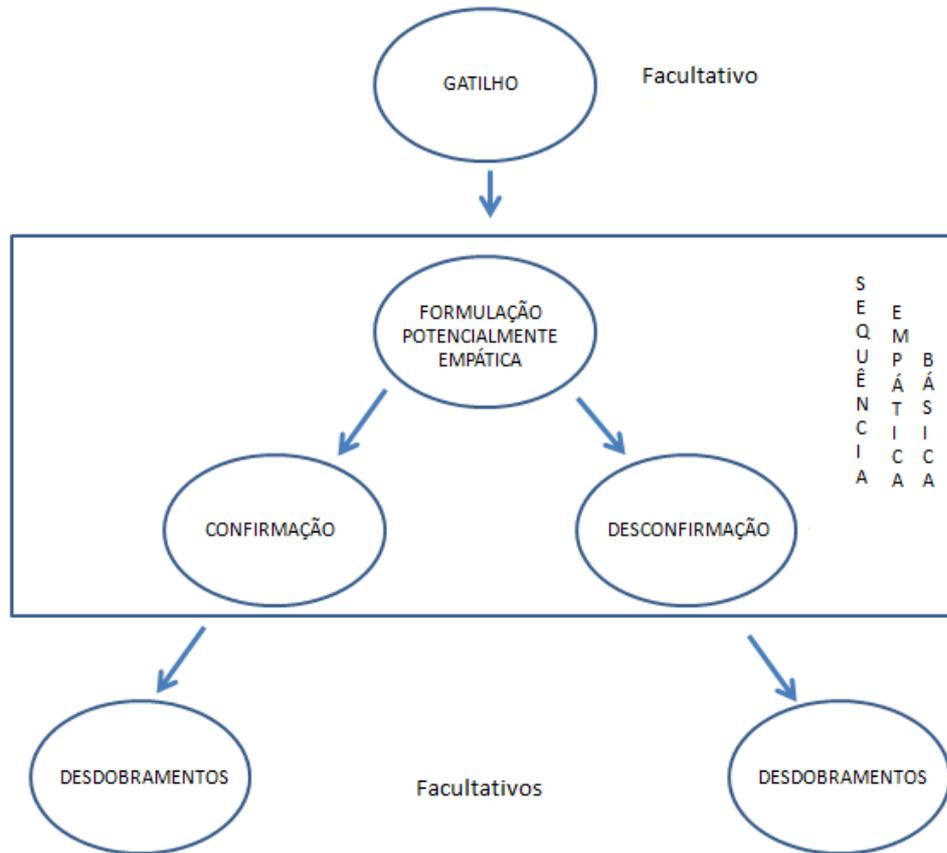
Assim, fica evidente que a empatia caracteriza-se como uma prática humanizadora no contexto investigado, já que seu escopo abrange tornar interacionalmente relevantes questões pessoais das gestantes, como seus medos, angústias e preocupações. Ao ultrapassar a fronteira biomédica e de alguma forma lidar com a tentativa de compreensão sobre outros aspectos da vida da paciente, a própria paciente adquire, durante o exame, a sua integralidade. Emerge, assim, através da comunicação empática uma relação médico/a-paciente mais humanizada e um atendimento mais integral.

Este trabalho sustenta que para a empatia ocorrer, é necessária a habilidade do/da interagente em comunicar seu entendimento, isto é, de *expressar* seu entendimento interacionalmente. Vimos nas interações analisadas que uma das formas de expressar uma interpretação candidata sobre como o outro está se sentindo ou sobre uma situação particular da vida dele, conforme viu-se nos dados, é por meio da formulação. Formular algum aspecto interno e pessoal de outra pessoa é uma maneira de demonstrar, *interacionalmente*, compreensão sobre o outro e, portanto, empatia. Todo o material interacional que é produzido antes de turnos nos quais há empatia propriamente dita e que viabiliza que ela ocorra, por prover informações suficientes para que o/a interagente possa entender como o outro se sente e colocar-se em seu lugar, é chamado de *gatilho*. O termo *gatilho* sugere que determinados tópicos podem propiciar oportunidades para que o/a interagente seja empático, por conterem informações pessoais que deixam uma “porta aberta” para tratar de questões íntimas. Dessa forma, determinadas ações que operam em torno de buscar informações de cunho pessoal do outro podem gerar material que facilita a empatia. As ações que giram em torno de tópicos facilitadores de empatia podem ser acionadas por indícios semióticos externalizados pelo/a interagente e funcionam como meio de buscar dicas que sustentem uma ação empática o mais apurada possível.

Com base nesses gatilhos, o/a interagente pode lançar mão de, por exemplo, uma formulação sobre aspectos pessoais do outro, ainda que sua formulação seja desconfirmada pelo interlocutor. Quando uma formulação empática é desconfirmada, o/a interagente explicita interacionalmente que a empatia não emergiu de modo efetivo na interação. No momento em que a formulação empática é confirmada, o entendimento empático demonstra ter sido comunicado de forma acurada e demonstra, assim, que a empatia emergiu efetivamente na interação. A formulação empática consiste na forma mais acurada de

empatia, constituindo um mecanismo do tipo denominado *empatia cognitiva*. Visualizam-se essas premissas sobre as formulações empáticas no esquema ilustrativo abaixo.

Figura 5 - Sistematização de formulação empática



Fonte: Elaborada pela autora.

Como vemos na Figura 3, há ações, independente de quais sejam, que podem operar como gatilhos de empatia dentro de uma sequência interacional, bem como a empatia pode gerar diferentes ações que são na figura denominadas como desdobramentos. Tanto as ações que operam como gatilhos de empatia quanto às ações que possam ocorrer como desdobramentos da sequência de formulação empática são facultativas nessa figura por não necessariamente emergirem de forma explícita e descritível na interação. Não se pretende, com isso, dizer que há ocorrências de empatia desencadeadas por nada, ou seja, surgidas ao acaso. Apenas se quer enfatizar que nem sempre todos os elementos envolvidos no processo de empatia serão interacionalmente explicitados, o que não significa que não existam internamente.

Cabe ainda lembrar que a empatia, sob o viés interacional, é socialmente performada em sequências de fala-em-interação social. Portanto, não se trata de “pura e simples emoção.” Da mesma forma, não há garantias de que, ao demonstrar compreensão sobre a outra pessoa, um/uma interagente esteja agindo com vistas a ser solidário/a, porque qualquer tipo de intenção ou motivação da ação não pode ser descrita ou mensurada. Importa aqui ter em mente que neste estudo não há espaço para se analisar o mérito de a empatia ser sincera, empiricamente sentida ou performada e “fingida”, pois esses aspectos não são relevantes para os estudos interacionais. Como nossa análise considerou a perspectiva êmica, ou seja, a perspectiva evidenciada pelos próprios interagentes ao agirem entre si, não tivemos acesso ao estado mental ou às intenções (“reais” ou não; sinceras ou não) das pessoas. Apenas o que pode ser considerado é o que emergiu na interação e foi tornado relevante pelos interagentes na sequencialidade dos turnos de fala. De toda forma, a partilha de mesma perspectiva coloca os/as interagentes juntos/as na situação, relacionados de modo íntimo ao menos do ponto de vista do que é passível de ser descrito interacionalmente.

A seguir tratamos sobre os avanços teóricos alcançados por meio deste estudo.

6.3 CONTRIBUIÇÕES E AVANÇOS TEÓRICOS DESTE ESTUDO

Por meio deste estudo foi possível perceber que algumas regularidades interacionais parecem ser mais “funcionais”, como, por exemplo, ações como convite, saudação, pedido de confirmação e de informação. Há, ainda, outras regularidades mais estruturais que podem ser relacionadas com a maneira com que as ações são realizadas, isto é, performadas dentro do contexto maior da sequência interacional. Podemos chamar essas ocorrências interacionais mais estruturais de práticas, sendo que considerar as práticas sugere que a atribuição e o reconhecimento de uma ação interacional envolvem “várias dimensões que tornam o processo interpretativo muito mais complexo e indeterminado do que apenas a decodificação do formato e do conteúdo linguístico de um turno” (LEVINSON, 2012, p. 103). Assim, cada ação é performada por meio de uma prática, sendo que, por exemplo, podemos usar um formato de turno de pergunta (prática) para realizar um pedido de informação (ação), um pedido de confirmação (ação) ou um convite (ação), entre outras.

Este trabalho trouxe à tona a possibilidade de situar a empatia com relação aos conceitos de ação e prática interacional. Para tanto, cabe explicar que a empatia se realiza na interação por meio de práticas interacionais como a formulação, a avaliação, a produção de narrativas e até escolhas lexicais, por exemplo. Além disso, a empatia emerge em turnos que

apresentem práticas de escuta ativa, como continuadores, repetições, pós-expansões não mínimas e também coconstruções de turno. Dessa forma, os dados evidenciaram, ainda, que a empatia apresenta-se em um modo de (inter)agir empático que pode emergir em sequências interacionais independente de quais práticas estão sendo feitas, ou seja, a empatia não é restrita a esta ou aquela prática somente. Assim, a empatia emerge no desdobramento interacional, não se constituindo na função atrelada a uma determinada forma, ou seja, a ela não se aplica a relação forma-função de modo predeterminado.

Depreende-se, a partir disso, que a empatia é um fenômeno que pertence a uma camada não meramente *estrutural*, mas *relacional*. A camada relacional da interação refere-se à orientação discursiva da interação – em outro nível de análise, além do gerenciamento de turnos em si, uma espécie de *background* da interação – e, portanto, não está presente apenas e simplesmente no nível estrutural (maquinário) da interação. A empatia poderia, então, pertencer a esse outro nível que permeia a interação. A caracterização de uma sequência como empática ou não empática está na análise dessa sequência em que emerge um tópico que explicita o entendimento (e a consideração desse entendimento) de elementos internos e pessoais de um interagente. Esse entendimento sobre o outro pode ser explicitado de modo mais ou menos explícito. Por exemplo: uma formulação sobre como o outro se sente seria uma forma bastante explícita de empatia, enquanto que a realização de escolhas lexicais ajustadas ao/à interagente seria uma forma menos evidente de empatia.

Desse modo, acreditamos que esta dissertação contribui para os estudos interacionais por descrever diferentes formas por meio das quais a empatia emerge interacionalmente. Assim, a análise de dados deste trabalho conseguiu evidenciar que a empatia é um fenômeno que, além de consistir em um processo interno, passa também pelo viés *interacional* (enquanto manifesto pela fala-em-interação) e, portanto, é passível de descrição e análise. Finalizamos esta dissertação apresentando a sua contribuição prática para a sociedade, nesse caso representada primeiramente pelo contexto de que provêm os dados aqui analisados. Isso porque o local onde realizamos nossa imersão tendo em vista não apenas este estudo, mas todos os demais estudos atrelados ao projeto maior (OSTERMANN, 2013) que este trabalho integra visam dar um retorno aos profissionais que participaram da pesquisa. Contudo, os resultados aqui obtidos servem também para se refletir sobre interações que ocorrem em outros contextos, tanto institucionais quanto não institucionais.

6.4 CONTRIBUIÇÕES PRÁTICAS DESTE ESTUDO PARA A SOCIEDADE

Este estudo evidenciou que a empatia costuma emergir nas sequências interacionais em que os/as médicos/as se engajam no desenvolvimento de um tópico sobre a vida pessoal da paciente, geralmente sem relação direta com o exame em si, bem como quando de alguma forma se orientam para a subjetividade do outro. Nesse sentido, percebeu-se que a empatia não costuma surgir nos eventos em que os/as interagentes limitam-se à realização do exame e em que a interação restringe-se a questões emergentes com relação a sua realização, como a idade gestacional, o motivo do exame e a data da realização do último exame, por exemplo. Desse modo, constatou-se que a empatia emerge justamente quando a interação “se abre” para posicionamentos de foro íntimo, à explicitação de opiniões, perspectivas e emoções relacionadas a quaisquer tópicos, desde o exame propriamente dito a eventos que não tenham relação com o exame. Isso possibilita-nos concluir que a empatia implica na quebra do básico e do mínimo esperado pelos participantes da interação. Implica em ir além do exame em si e em estreitar os vínculos institucionais entre médicos/as e pacientes.

Assim, propomos que cabe aos/às interagentes romper com as expectativas atreladas e engessadas aos papéis institucionais e até mesmo modificar a própria concepção de precariedade da saúde pública no Brasil. Com a reconstrução das próprias práticas e das expectativas com relação a essas práticas é possível renovar as relações entre médicos/as e pacientes, tornando-as mais humanas e ajustadas ao que os/as pacientes realmente esperam e necessitam.

A empatia pode contribuir com a transformação das relações entre profissionais da saúde e a população, por meio da construção de relações mais humanas, através de vínculos solidários entre pessoas que demonstram o quanto consideram o outro, seus problemas, suas dúvidas, suas ideias. Colocar-se no lugar do outro interacionalmente pode ser uma das formas mais concretas de se atingir as metas do HumanizaSUS, a seguir elencadas e com as quais encerramos este trabalho, na expectativa de poder contribuir para torná-las uma prática real em nosso Sistema Único de Saúde.

- a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas;
- mudança de objeto da doença para o doente (sujeito);
- uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania. (HUMANIZASUS, 2014, p. 14)

REFERÊNCIAS

- ANTAKI, Charles. **Applied conversation analysis: intervention and change in institutional talk**. Basingstoke, UK: Palgrave, 2012.
- AUGER, Lucien. **Comunicação e crescimento pessoal: a relação de ajuda**. São Paulo: Loyola, 1977.
- BACHELOR, Alexandra. How clients perceive therapist empathy: a content analysis of "received" empathy. **Psychotherapy Theory, Research, Practice**, v. 25, n. 2, p. 227-240, 1988.
- BARRETT-LENNARD, Godfrey T. The empathy cycle: refinement of a nuclear concept. **Journal of Counseling Psychology**, Washington, v. 28, n. 2, p. 91-100, Mar. 1981.
- BARROS, Patrícia de Souza; FALCONE Eliane Mary de Oliveira; PINHO, Vanessa Dordron de. Avaliação da empatia médica na percepção de médicos e pacientes em contextos público e privado de saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São Jose do Rio Preto, v. 18, n. 1, p. 36-43, jan./mar. 2011.
- BROLEZZI, Antonio Carlos. Empatia em Vygotsky. **Dialogia**, n. 20, 2014.
- CAFFI, C.; JANNEY, R. W. (Org.) Involvement in language. **Journal of Pragmatics**, [S.l.], 22. 1994. Special issue.
- CHAZAN, Lilian K. **Meio quilo de gente: um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- CLARK, Herbert H. **Using language**. New York: Cambridge University Press, 1996;
- CLAYMAN, Steven E. Address terms in the organization of turns at talk: the case of pivotal turn extensions. **Journal of Pragmatics**, Amsterdam, v. 44, n. 13, p. 1853–1867, Oct. 2012.
- COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEDO, Renata C. Soares de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 261–269, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a10v34n2>>. Acesso em: 10 jan. 2014.
- COULON, Alain. **Etnometodologia**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- COUTO, Júlio C. S.; SILVA, Mateus, H. B.; VILLAMIL, Quésia T. M. F. **Ultrassonografia Obstétrica**. 2011.
- CUNHA, Sérgio Pereira da; DUARTE, Geraldo. **Gestação de alto risco**. Rio de Janeiro: Medis, 1998.
- DAHLKE, Rüdiger. **A doença como linguagem da alma: os sintomas como oportunidades de desenvolvimento**. São Paulo: Cultrix, 1992.
- DA SILVA, Rui Sampaio. A reabilitação da empatia: da hermenêutica à filosofia da mente. **Revista da Faculdade de Letras - Série de Filosofia**, v. 26, n. 1, 2014.

DAVIS, Carol M. "What is empathy, and can empathy be taught? **Physical therapy**, [S.l.], v. 70, n. 11, p. 707-711, Nov. 1990.

DE OLIVEIRA, Maria do Carmo Leite. Por uma Linguística Aplicada mais inclusiva. **Calidoscópio**, v. 7, n. 2, p. 93-96, 2009.

DE SIMONE, Adriana. **Sobre um conceito integral de empatia**: intercâmbios entre filosofia, psicanálise e neuropsicologia. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia) -- Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 2010.

DIAS, Orlene Veloso et al. As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 225-31, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000200011&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 dez. 2013.

DUAN, C.; HILL, C. E. The current state of empathy research. **Journal of Counseling Psychology**, [S.l.], n. 43, p. 261-274, 1996.

DUARTE, Miguel Ângelo Gonçalves Paupério Lemos. **A empatia e a compaixão como objectos de estudo na formação médica**: um paradigma de pensamento integrativo. 2009. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) -- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal, 2009.

EIDE, Hilde, et al. Physician–patient dialogue surrounding patients’ expression of concern: applying sequence analysis to RIAs. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 59, n. 1, p. 145-155, 2004.

EMPATIA. In: ENCICLOPÉDIA DIDÁTICA DE INFORMAÇÃO E PESQUISA EDUCACIONAL (EDIPE). 3. ed. São Paulo: Iracema, 1987. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/dicionarioenciclopedico/empatia>>. Acesso em: 30 set. 2014.

FALCONE, Eliane M. de Oliveira et al. Inventário de empatia (i.e.): desenvolvimento e Validação de uma medida brasileira. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 7, n. 3, p. 321-334, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000300006>. Acesso em: 10 set. 2014.

FALCONE, Eliane Mary de Oliveira; GIL, Débora Barbosa; FERREIRA, Maria Cristina. A comparative study of emphatic verbalization frequency among therapists from different theoretical approaches. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 24, n. 4, p. 451-461, 2007.

FREUD, Anna. The role of bodily illness in the mental life of children. **Psychoanalytic Study of the Child**, New York, n. 7, p. 69-81, 1952.

GARCEZ, Pedro. Introdução. In: LODER, Letícia L.; JUNG, Neiva M. **Fala-Em-Interação Social**: Introdução à Análise da Conversa Etnometodológica. Campinas: Mercado de Letras, 2008.

GARFINKEL, Harold; SACKS, Harvey. **On formal structures of practical actions**. Appleton-Century-Crofts, Educational Division, 1970.

GAGO, Paulo Cortes. **Apresentando a linguística interacional**: um estudo da relevância da convergência em uma reunião de negociação na cultura portuguesa. [S.l., 2005?]. p. 284-337.

Disponível em: <<http://www.pgletras.uerj.br/linguistica/textos livro03/LTAA03 prof003.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2013.

GASTALDO, Édison. Futebol e sociabilidade: apontamentos sobre as relações jocosas futebolísticas. **Esporte e Sociedade**. Rio de Janeiro, n. 3, p. 1-14, 2006.

GOFFMANN, Erving. A situação negligenciada. (1964). In: GARCEZ, Pedro M. RIBEIRO, Branca Telles (Org.). **Sociolinguística interacional**. São Paulo: Loyola, 2002. p. 13-20.

GUMPERZ, John J. Convenções de contextualização. (1982). In: RIBEIRO, Branca Telles; GARCEZ, Pedro M. (Org.). **Sociolinguística interacional**. São Paulo: Loyola, 2002. p. 149-182.

HAGEN-ANSERT, Sandra L. **Tratado de ultra-sonografia diagnóstica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. v. 2.

HEPBURN, Alexa; POTTER, Jonathan. Crying receipts: time, empathy, and institutional practice. **Research on Language and Social Interaction**, [S.l.], v. 40, n. 1, p. 89–116, 2007.

HERITAGE, John; WATSON, R. Formulations as conversational objects. In: PSATHAS, G. (Org.). **Everyday language**. New York: Irvington Press, 1979. p. 123-162.

HERITAGE, John. Territories of knowledge, territories of experience: empathic moments in interaction. In: STIVERS, Tanya; MONDADA, Lorenza; STEENSIG, Jakob (Org.). **The morality of knowledge in conversation**. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

HERITAGE, John. **Conversation analysis and institutional talk: Analyzing distinctive turn-taking systems**. [S.l.], 1998. Disponível em: <http://www.sscnet.ucla.edu/soc/faculty/heritage/Site/Publications_files/CA%20and%20INSTITUTIONAL%20TALK_LSI.pdf>. Acesso em: 21 set. 2014.

HUMANIZASUS. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2014.

HUTCHBY, Ian. Active Listening: formulations and the elicitation of feelings-talk in child counselling. **Research on Language and Social Interaction**, [S.l.], v. 38, n. 3, p. 303–329. 2005.

HUTCHBY, Ian; WOOFFITT, Robin. **Conversation analysis**. Cambridge: Polity, 1998.

JEFFERSON, Gail. A case of precision timing in ordinary conversation: overlapped tag-positioned address terms in closing sequences. **Semiotica**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 47-96, 1981.

KIM, Sung Soo; KAPLOWITZ, Stan; JOHNSTON, Mark V. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. **Evaluation and the Health Professions**, [S.l.], v. 27, n. 3, p. 237-251, 2004.

LEVINSON, Stephen C. "Action formation and ascription In: SIDNELL, Jack; STIVERS, Tanya. **The handbook of conversation analysis**. Malden, Massachusetts: Wiley-Blackwell. 2012. p. 101-130.

LINDSTRÖM, Anna; SORJONEN, Marja-Leena. Affiliation in conversation. **The handbook of conversation analysis**, p. 250-369, 2012.

LODER, L. L.; NEIVA M. J. (Org.) **Análises de fala-em-interação institucional: a perspectiva da análise da conversa etnometodológica**. São Paulo: Mercado das Letras, 2009.

LOPES, Elisabete Silva. **Relação Terapêutica: estudo sobre a percepção dos clientes**. 2009.

LOPES, Luiz Paulo da Moita. *Oficina de lingüística aplicada: a natureza social e educacional dos processos de ensino/aprendizagem de línguas*. Campinas: Mercado de Letras, 1996.

MARTINS, Cyro. **Perspectivas da relação médico-paciente**. Porto Alegre: Artmed, 1981.

MATTHEWS, Anne L.; SMITH, Ann C. M. Aconselhamento Genético. In: KNUPPEL, Robert A.; DRUKKER, Joan E. et al. **Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MORAES, Fábio. Entrevista. In: **IHU**, Revista do Instituto Humanitas Unisinos. São Leopoldo, Ed. UNISINOS, 2004.

MOSSMANN, Carina M. Hilgert. **A empatia na prática interacional em atendimentos a mulheres em situação de violência doméstica e familiar**. 2012. (Trabalho de Conclusão de Curso) -- Curso de Letras, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, 2012.

OLIVEIRA, Maria do Carmo Leite de. Por uma linguística aplicada mais inclusiva. **Calidoscópico**, São Leopoldo, v. 7, p. 93-96, 2009.

OSTERMANN, Ana Cristina; MENEGHEL, Stela Nazareth. (Org.). **Humanização, gênero, poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

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

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

PIMENTEL, Perla K. de Araujo; COELHO JUNIOR, Nelson. Algumas considerações sobre o uso da empatia em casos e situações limite. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 301-314, 2003.

PINHO, Vanessa D.; FERNANDES, Conceição S.; FALCONE, Elyane Mary de Oliveira. A influência da idade e da escolaridade sobre a experiência empática de adultos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 456-471, 2008.

PHILIPS, B. Reformulating dispute narratives through active listening. **Mediation Quarterly**, v. 17, p. 161-180, 1999.

POMERANTZ, Anita; HERITAGE, John. Preference. In: SIDNELL, Jack; STIVERS, Tanya. **The handbook of conversation analysis**. Malden, Massachussets: Wiley-Blackwell. 2012. p. 211-230.

POMERANTZ, Anita M. Giving a source or basis: The practice in conversation of telling 'how I know'. **Journal of pragmatics**, v. 8, n. 5, p. 607-625, 1984.

PUDLINSKI, Christopher. Doing empathy and sympathy: caring responses to troubles tellings on a peer support line. **Discourse Studies**, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 267-288, 2005.

REIS, Marcus Valerio Xavier. **(Est)ética dourada**: projeto de uma teoria ética baseada no sentimento de empatia. 2010. Dissertação (Mestrado em Filosofia) -- Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2010.

REMEN, Rachel Naomi. **Paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1992.

REPETTO TALAVERA, Elvira. **Fundamentos de orientación**: la empatía en el proceso orientador. Madrid: Morata, 1992.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. *Obstetrícia*. 8. ed. 1999.

RIBEIRO, Branca Telles; GARCEZ, Pedro M. (Org.). **Sociolinguística interacional**. São Paulo: Loyola, 2002.

RIBEIRO, Camila Morais; PINHO, Vanessa Dordron de.; FALCONE, Eliane Mary de Oliveira. A influência da raiva e da empatia sobre a satisfação conjugal. **Aletheia**, Canoas, n. 35/36, p. 7-21, maio/dez. 2011.

RICHARDS, K. Introduction, In: RICHARDS, K; SEEDHOUSE, P. (Org.). **Applying conversation analysis**. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005.

ROGERS, C. R. Empathic: an unappreciated way of being. **Counseling Psychologist**, [S.l.], 1975.

RUUSUVUORI, Johanna. "Empathy" and "sympathy" in action: attending to patients' troubles in Finnish homeopathic and general practice consultations. **Social Psychology Quarterly**, Washington, v. 68, n. 3, p. 204-222.2005.

RUUSUVUORI, Johanna. Emotion, affect and conversation. In: SIDNELL, Jack; STIVERS, Tanya. **The handbook of conversation analysis**. Malden, Massachussets: Wiley-Blackwell. 2012. p. 330-349.

SACKS, H.; SCHEGLOFF, E. A; JEFFERSON, G. A. Simplest systematics for the organisation of turn-taking for conversation. **Language**, [S.l.], n. 50, p. 696-735, 1974.

SACKS, Harvey. **Lectures on conversations**. Oxford: Blackwell, 1992.

SAMPAIO, Leonardo Rodrigues; CAMINO, Cleonice P. S.; ROAZZI, Antonio. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, DF, v. 29, n. 2, p. 212-227, 2009.

Sardinha, Aline; FALCONE, Eliane Mary de Oliveira; Ferreira, Maria Cristina. As relações entre a satisfação conjugal e as habilidades sociais percebidas no cônjuge. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 329-336. jul./set. 2009,

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

SHEGLOFF, Emanuel A. **Sequence organization in interaction**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

SIDNELL, Jack. Basic conversation analytic methods. In: SIDNELL, Jack; STIVERS, Tanya. **The handbook of conversation analysis**. Malden, Massachusetts: Wiley-Blackwell. 2012. p. 78-99.

SIDNELL, Jack. *Conversation analysis: an introduction*. Malden, Massachusetts: Wiley-Blackwell, 2010. 269 p.

SILVA, Deonísio. **A vida íntima das palavras**: origens e curiosidades da língua portuguesa. São Paulo: Arx, 2002.

SILVERMAN, David. **Interpretação de dados qualitativos**: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOUZA, Joseane de. **Do prescrito ao realizado**: as demandas interacionais das ligações para o disque saúde da mulher e sua relação com as instâncias de prescrição do trabalho de atender. 2009. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, 2009.

STEENSIG, Jakob; LARSEN, Tine. Affiliative and disaffiliative uses of you say x questions. **Discourse Studies**, v. 10, n. 1, p. 113-133, 2008.

STEIN, E. **On the problem of empathy**. Junk Publishers, 1970.

STIVERS, Tanya. Sequence Organization. . In: SIDNELL, Jack; STIVERS, Tanya (Ed.). **The handbook of conversation analysis**. [S.l.]: John Wiley 2013. p. 575-592.

STIVERS, Tanya. Stance, alignment, and affiliation during storytelling: when nodding is a token of affiliation. **Research on Language and Social Interaction**, [S.l.], v. 41.1, p. 31-57, 2008.

STIVERS, Tanya; MONDADA, Lorenza; STEENSIG, Jakob (Org.) **The morality of knowledge in conversation**. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

TEAS GILL, Virginia; ROBERTS, Felicia. Conversation analysis in medicine. In: SIDNELL, Jack; STIVERS, Tanya (Ed.). **The handbook of conversation analysis**. [S.l.]: John Wiley 2013. p. 575-592.

VIDAL, Vera. Empatia e transcendência: reflexões sobre o sistema filosófico de Quine. **Principia: an international journal of epistemology**, v. 7, n. 1-2, p. 205-228, 2003.

WISPÉ, Lauren. The distinction between sympathy and empathy: to call forth a concept, a word is needed. **Journal of Personality and Social Psychology**, [S.l.], v. 50, n. 2, 1986. p. 314-321.

WYNN, Rolf. Empathy in general practice consultations: a qualitative analysis. **Epidemiologia e Psichiatria Sociale**, [S.l.], v. 14, n. 03, p. 163-169. 2011.

WYNN, Rolf; BERGVIK, Svein. Studying empathy as an interactional three-part sequence. **Patient Education and Counseling**, [S.l.], v. 80, n. 1, p. 150, 2010

WYNN, Rolf; WYNN, Michael. Empathy as an interactionally achieved phenomenon in psychotherapy: Characteristics of some conversational resources. **Journal of Pragmatics**, [S.l.], n. 38. 2006. p. 1385–1397.

ZIMERMAN, David E. **Etimologia de termos psicanalíticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ANEXO A - CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO

(1.4)	Pausa
(.)	Micropausa
<i>H</i>	Riso
{{ <i>rindo</i> } fala} / {{ <i>chorando</i> } fala}	Maneira com que a fala foi produzida
<i>hihi/ hehe/ haha</i>	Riso com som de vogal
.h	Inspiração audível
(h)	Expiração audível
=	Fala colada
[fala]	Fala produzida em sobreposição
:	Alongamento de som de vogal ou consoante
-	Interrupção abrupta da fala
.	Entonação descendente
,	Entonação contínua
?	Entonação ascendente
↑	Sílaba com entonação ascendente
↓	Sílaba com entonação descendente
<fala>	Som produzido de forma mais lenta que os do entorno
>fala<	Som produzido de forma mais rápida que os do entorno
FALA	Som mais alto que os do entorno
<u>Fala</u>	Sílaba ou palavra com som acentuado
Xxxxxx	Som ininteligível
(fala)	Não há certeza sobre o que se escuta
((texto))	Comentários das transcritoras
°fala °	Som mais baixo que os do entorno
°°fala °°	Som muito mais baixo que os do entorno

Fonte: Adaptação de Schnack, Pisoni, Ostermann (2005).

ANEXO B - TCLE PARA PACIENTES



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE - Pacientes

Projeto de Pesquisa:

A interação médico-gestante em exames de diagnóstico de pré-natal – O processo de entrega e de compreensão dos resultados, do que está por vir e do que pode ser feito.

Você está sendo convidada a participar de um estudo sobre os atendimentos a gestantes. Esse estudo está sendo conduzido por mim, Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann (professora e pesquisadora da Unisinos). Através desta pesquisa, queremos entender um pouco mais sobre como se dão as interações entre médicos e gestantes durante as consultas durante os exames de ultrassonografia e nas consultas sobre resultados de exames de cariótipo fetal.

As atividades que servirão de dados para a pesquisa são: a) gravação em áudio de aproximadamente 50 exames de ultrassom obstétricos e 50 consultas sobre resultados de exames de cariótipo fetal, efetuados em diferentes horários, dias e com diferentes pacientes; b) registro em vídeo *apenas* das imagens fetais projetadas na tela; c) breve entrevista com as pacientes e os(as) médicos(as) que participarem da pesquisa; e d) notas de observação sobre o ambiente pesquisado e sobre os participantes antes da consulta.

Sendo você paciente em exame no [REDACTED], solicito sua autorização para gravar e analisar interações de consultas com a sua participação e anotar informações suas, como sua idade, escolaridade, idade gestacional e possíveis problemas de saúde.

Sua participação nos ajudará a compreender um pouco mais sobre como se dá a interação entre médico e gestante no acompanhamento da gravidez, como são discutidos e compreendidos os problemas e as dúvidas trazidas pela gestante durante as consultas e como se revolvem impasses comunicacionais que podem surgir.

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

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

Você pode se recusar a participar ou se retirar a qualquer momento sem qualquer penalidade. Não há nenhuma relação entre este estudo e o [REDACTED]. Ou seja, sua decisão em participar ou não da pesquisa não afetará em nada o atendimento que você terá no Hospital. Você também tem o direito de fazer perguntas e de esclarecer dúvidas sobre o estudo a qualquer momento.

Se você tiver dúvidas ou perguntas, entre em contato comigo pelo telefone 3591-1100, ramal 1349, ou pelo e-mail aco@unisinos.br.

ANEXO C - TCLE PARA MÉDICOS/AS



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE - Médicos

Projeto de Pesquisa:

A interação médico-gestante em exames de diagnóstico de pré-natal – O processo de entrega e de compreensão dos resultados, do que está por vir e do que pode ser feito.

Você está sendo convidada/o a participar de um estudo sobre os atendimentos a gestantes. Esse estudo está sendo conduzido por mim, Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann (professora e pesquisadora da Unisinos). Através desta pesquisa, queremos entender um pouco mais sobre como se dão as interações entre médicos e gestantes durante as consultas durante os exames de ultrassonografia e nas consultas sobre resultados de exames de cariótipo fetal.

As atividades que servirão de dados para a pesquisa são: a) gravação em áudio de aproximadamente 50 exames de ultrassom obstétricos e 50 consultas sobre resultados de exames de cariótipo fetal, efetuados em diferentes horários, dias e com diferentes pacientes; b) registro em vídeo *apenas* das imagens fetais projetadas na tela; c) breve entrevista com as pacientes e os(as) médicos(as) que participarem da pesquisa; e d) notas de observação sobre o ambiente pesquisado e sobre os participantes antes da consulta.

Sendo você médico/a no [REDACTED], solicito sua autorização para gravar em áudio e analisar interações de consultas com a sua participação e anotar informações relevantes quanto à realização do exame.

Sua participação nos ajudará a compreender um pouco mais sobre como se dá a interação entre médico e gestante no acompanhamento da gravidez, como são discutidos e compreendidos os problemas e as dúvidas trazidas pela gestante durante as consultas e como se revolvem impasses comunicacionais que podem surgir.

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

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

Você pode se recusar a participar ou se retirar a qualquer momento sem qualquer penalidade. Não há nenhuma relação entre este estudo e o [REDACTED]. Ou seja, sua decisão em participar ou não da pesquisa não afetará em nada o atendimento que você terá no Hospital. Você também tem o direito de fazer perguntas e de esclarecer dúvidas sobre o estudo a qualquer momento.

Se você tiver dúvidas ou perguntas, entre em contato comigo pelo telefone 3591-1100, ramal 1349, ou pelo e-mail aco@unisinos.br.

Este documento será assinado em duas vias, ficando uma em seu poder e a outra com a pesquisadora. Agradeço por sua colaboração e interesse em nosso projeto.

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

UNISINOS
DECISÃO APROVADA
Em: 17 / 06 / 2013
[Assinatura]