



**Veredas atemática**

**Volume 17 nº 2 - 2013**

---

**Análise da Conversa *Aplicada* em interações entre médicos e pacientes<sup>1</sup>**

Ana Cristina Ostermann (UNISINOS)  
Daniela Negraes Pinheiro Andrade (UNISINOS)  
Juliana Silva (UNISINOS)

**RESUMO:** Este artigo discute a dimensão *aplicada* da Análise da Conversa, seu potencial e sua viabilidade, focando em estudos realizados com dados naturalísticos, gerados a partir de interações gravadas em áudio e/ou vídeo no contexto institucional de prestação de serviços de atendimento em saúde. Privilegiam-se nessa discussão estudos que: (a) exibem resultados analíticos passíveis de aplicação no que se referem a interações entre profissionais da saúde e pacientes; (b) inauguraram o “reconhecimento das possibilidades inerentes em explorar a dimensão *aplicada* da Análise da Conversa” (RICHARDS, 2005, p. 1).

**Palavras-chave:** fala-em-interação em contextos institucionais; análise da conversa aplicada (ACA); linguística aplicada das profissões; comunicação médico-paciente; linguagem e trabalho.

---

<sup>1</sup>Agradecemos ao CNPq, à CAPES e à FAPERGS pelo apoio obtido em diferentes etapas do desenvolvimento dos projetos de pesquisa dos quais esse artigo deriva, por meio de Bolsa de Produtividade (Processo CNPq nº 311473/2012-1), auxílios à pesquisa obtidos através dos editais FAPERGS PqG nº 02/2011 (Processo nº 11/1605-0), CNPq Chamada MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA nº 32/2012 (Processo nº 405154/2012-7), concedidos à primeira autora, Ana Cristina Ostermann, Bolsa de Doutorado (CAPES/FAPERGS), concedida à segunda autora, Daniela Negraes Pinheiro Andrade, e Bolsa de Mestrado (CAPES/PROSUP modalidade II), concedida à terceira autora, Juliana Silva.

## Introdução

A *fala-em-interação* é o objeto de estudo da Análise da Conversa (AC), que investiga os fenômenos observáveis na conversa de ocorrência natural, ou seja, nas conversas que fazem parte do cotidiano das pessoas, sejam elas institucionais ou não. Embora tenha surgido a partir dos estudos de Harvey Sacks (posteriormente desenvolvidos por Gail Jefferson e Emanuel Schegloff) baseados em conversas mundanas, cotidianas (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974), a AC também estende sua perspectiva analítica a pesquisas em contextos institucionais, como o escolar (e.g. SEEDHOUSE, 1996; 2004), o médico (e.g. GAFARANGA; BRITTEN, 2005; HERITAGE; ROBINSON, 2011), o corporativo (VINKHUYZEN; SZYMANSKI, 2005; WALKER, 1994), entre tantos outros.

Este artigo discute a perspectiva *aplicada* da Análise da Conversa, focando em estudos realizados com dados naturalísticos, gerados a partir de interações gravadas em áudio e/ou vídeo no contexto institucional de prestação de serviços de atendimento em saúde, tanto em âmbito nacional quanto internacional. Mais especificamente, tem por finalidade: (a) apresentar trabalhos que exibem resultados analíticos passíveis de aplicação, tendo em vista a relevância dos seus achados no que se referem a interações médico-paciente; (b) apresentar trabalhos que inauguraram o “reconhecimento das possibilidades inerentes em explorar a dimensão aplicada da AC” (RICHARDS, 2005, p. 1)<sup>2</sup> nesse mesmo contexto. Com isso, deseja-se enfatizar a relevância das pesquisas desenvolvidas em AC para a Linguística Aplicada em contextos institucionais. Por estarem inseridas em contexto médico e, no caso das pesquisas brasileiras, no contexto do Sistema Único de Saúde<sup>3</sup> (SUS), prestador de serviços à população, entende-se que as pesquisas aqui apresentadas podem gerar um maior entendimento sobre o funcionamento da organização pública de saúde, bem como promover a qualificação dos profissionais envolvidos no processo de atendimento em saúde.

A seguir, apresentar-se-á uma explanação sobre a Análise da Conversa Aplicada e sua importância para os estudos da linguagem. Na sequência, são discutidos alguns estudos que utilizam essa perspectiva teórico-metodológica, primeiramente no contexto internacional e depois no Brasil.

### 1. A fala-em-interação e sua relação com o estudo da linguagem em esferas institucionais

No Brasil, os estudos de fala-em-interação sob a perspectiva da AC, não obstante a forte relação original com a Sociologia, têm sido centralmente desenvolvidos por pesquisadores e pesquisadoras alocados em departamentos ou programas de pós-graduação em Linguística, Linguística Aplicada e Letras. Este posicionamento acadêmico da área deve-se, em parte, à “[existência] de uma congruência, até mesmo de uma convergência, entre certos aspectos dos programas de Linguística Aplicada e a AC” (DREW, 2005, p. 15). Isto porque a abordagem da análise sequencial da fala-em-interação “pode ser aplicada [...] ao

---

<sup>2</sup> Todas as traduções ao longo deste artigo se caracterizam como traduções livres e foram realizadas pelas autoras do artigo.

<sup>3</sup> Cabe salientar aqui a noção de Sistema Único de Saúde como prestador de serviços, visto que o capital é partilhado pelo Estado e pelas pessoas que se utilizam dos serviços prestados pelo SUS; ou seja, os serviços são também pagos pelos contribuintes.

projeto de intervenção da LA na prática (profissional), tanto na forma de *design*, quanto na forma de treinamento” (DREW, 2005, p. 16).

É preciso pontuar que, embora haja certa convergência entre os programas de Linguística Aplicada (doravante LA) e a abordagem teórico-analítica da AC, há também pontos de tensão em função dos “distintos programas” e “posturas analíticas” de cada uma delas (DREW, 2005, p. 16). Uma das divergências, segundo Drew (2005), recai justamente sobre a forma e o contexto de “aplicação” do conhecimento adquirido a partir dos fenômenos interacionais observados e analisados. O autor explica que, no tocante à formação e ao treinamento de profissionais, a LA expandiu seus horizontes para além do contexto ensino-aprendizagem de línguas e vem abarcando áreas como a da fonoaudiologia, enquanto a AC presta serviço em contextos interacionais menos próximos às origens enraizadas no ensino de línguas da LA, tais como os do direito, administração, comércio, medicina, mídia etc. Além disso, ainda conforme o autor, ao contrário da LA, que tem a investigação da linguagem no âmago de sua agenda analítica, para a AC, a análise da conduta social situada no aqui e agora serve como ponto de partida para as possibilidades que se abrem para a sensibilização linguística para a qual se pretende atentar em dado contexto.

No que concerne à investigação sobre a linguagem, os estudos inscritos na Análise da Conversa Aplicada (doravante ACA) não se orientam para a prescrição do *certo* ou do *errado* em uma interação. Ao contrário, as sugestões de aplicação levam em consideração a premissa da AC de que toda interação é “livre do contexto” (*context-free*, i.e. exibe uma organização recorrente, ordenada e padronizada dentro da estrutura turno a turno da conversa) e, ao mesmo tempo, “sensível ao contexto” (*context-dependent*, i.e. depende diretamente da participação dos interlocutores para ser coconstruída) (PSATHAS, 1991).

Destarte, no tocante às esferas institucionais, a partir da análise de dados situados, o pesquisador em AC pode apontar os problemas interacionais observados situadamente (i.e. análise de ordem micro: fenômenos interacionais) e sugerir manifestações (ações) interacionais com vistas a sensibilizar os participantes profissionais de forma que eles atentem para as necessidades do interlocutor leigo (i.e. aplicação de ordem macro: sensibilização para o uso da linguagem em prol de políticas de humanização do Sistema Único de Saúde, como o HumanizaSUS). Em relação à característica ‘não’ prescritiva da AC, Richards (2005, p. 6) pontua que:

em vez de trabalhar a partir do pressuposto de que a competência é algo que se tem ou não, a AC fornece um meio de explorar as maneiras como a competência é construída em determinadas circunstâncias pelos participantes envolvidos. Ao adotar essa perspectiva, a AC deixa de lado os papéis dos participantes, como de professor e aluno, ou especialista e principiante, como recursos analíticos *a priori* e conta, em vez disso, com uma análise cuidadosa das formas em que a conversa foi projetada – e os propósitos e orientações revelados por meio dela (RICHARDS, 2005, p. 6).

A partir desse entendimento, a ACA abre a possibilidade da AC se apresentar também como intervencionista, perspectiva essa que “tem a forte implicação de que uma solução poderá ser identificada através da análise da organização sequencial da fala, realizada de forma colaborativa entre os participantes em contexto situado” (ANTAKI, 2011, p. 8). Um exemplo cabal da potencialidade intervencionista da ACA é o *Método de Encenação*

*Conversacional Analítico* (MECA),<sup>4</sup> proposto por Elizabeth Stokoe (2011)<sup>5</sup>. De maneira simplificada, o método consiste em: (1) gravar em áudio e/ou vídeo as interações naturalísticas no contexto profissional que se deseja investigar; (2) selecionar partes de interesse nas quais foram observados problemas de ordem comunicativo-interacional; (3) transcrever as interações de acordo com as convenções de transcrição utilizadas pela AC; (4) efetuar o apagamento de traços identitários dos participantes; (5) analisar os dados com base nos pressupostos teórico-metodológicos da AC; (6) apresentar as partes selecionadas aos participantes, turno a turno, de forma que eles proponham soluções para os problemas interacionais observados.

Nas palavras de Stokoe (2011), autora do MECA, a vantagem do método em detrimento das encenações convencionais – i.e. em que os participantes *simulam* as interações de forma a interpretar diferentes papéis identitários com base na experiência de mundo do que é esperado de um profissional em atuação dentro de determinada área –, está na possibilidade de oferecer aos participantes a oportunidade de “se engajarem de forma autêntica (espontânea), sem simulações, em suas práticas profissionais cotidianas [e de] discut[irem] suas práticas a partir de uma perspectiva completamente nova” (STOKOE, 2011, p.126 -139).

Dentro dessa perspectiva da ACA, estudos de cunho interacional demonstram que a observação minuciosa das falas dos participantes pode ajudar a tornar visíveis diferentes formatos de ações interacionais que indexalizam possíveis problemas de entendimento ou posturas conflitantes entre as partes. Desse modo, pontua-se a importância dos estudos dessa natureza voltados especialmente para interações entre médicos e pacientes.

No que se refere a esse contexto em particular, não obstante as descrições dos problemas interacionais observados, é importante pontuar que o método da AC também permite evidenciar algumas ações interacionais empreendidas por provedores de cuidados médicos, como a prática de “formular” a fala do paciente, que são de extrema valia, tanto para acessar o mútuo entendimento sobre algum tópico tratado na interação, quanto como forma de aproximação do paciente e, portanto, de humanização, conforme argumentam Ostermann e Silva (2009; 2012).

Em última instância, o escrutínio das ações interacionais de ordem micro colocadas em prática pelos participantes pode servir de ponto de partida para sugestões de implementação de ações interacionais de ordem macro. Em outras palavras, conforme comentado acima, revelar aos participantes profissionais as diferentes possibilidades de ações interacionais disponíveis no universo da linguagem em uso e como elas podem ser colocadas em prática pela fala em interação pode ajudar a qualificar os atendimentos em saúde.

Com vistas a exemplificar como se traduzem conflitos passíveis de serem experienciados na prática de provimento de serviços de saúde e como esses conflitos tornam-se visíveis e descritíveis, apresenta-se a seguir a revisão de alguns estudos de cunho interacional realizados no exterior e, na sequência, no Brasil.

---

<sup>4</sup> Por ser uma nomenclatura relativamente nova no Brasil, faz-se aqui uma tentativa de tradução para *Conversational Analytic Role-play Method* (CARM).

<sup>5</sup> A autora foi premiada com o *Loughborough University Social Impact Award* em abril de 2013 pela pesquisa.

## 2. Pesquisas intervencionistas em Análise da Conversa no exterior

O primeiro estudo, que não se inscreve diretamente como de AC, mas se utiliza dos seus métodos para a análise, baseia-se em dados provenientes de interações entre médicos cardiologistas e pacientes. Nesse contexto, em se tratando da negociação em torno da tomada de decisão por certo tratamento e, conseqüentemente, tratando-se também da resistência oferecida por pacientes em aceitar determinada recomendação médica, o estudo em questão (SIOUTA et al., 2012), realizado na Suécia e publicado no *The International Journal of Person Centered Medicine*, investigou, baseado em dados coletados em quatro diferentes hospitais daquele país, como pacientes, em interação com cardiologistas, oferecem resistência à recomendação do uso do medicamento varfarina sódica e como os médicos respondem à resistência dos pacientes.

O estudo parte do pressuposto de que a fibrilação arterial aumenta o risco de derrame, o que pode ser amenizado com o uso de varfarina sódica. Entretanto, esse medicamento pode causar efeitos colaterais indesejáveis como, por exemplo, sangramento severo, além de interações com outros medicamentos, o que inspira cuidados. A possibilidade de ocorrência de efeitos colaterais como esses faz com que a terapia seja estressante e gere resistência e não adesão por parte dos pacientes (SIOUTA et al., 2012).

Com base em interações ocorridas em consultas de retorno e de controle rotineiro, gravadas em vídeo e posteriormente transcritas, os pesquisadores descreveram quatro tipos básicos de resistência oferecida pelos pacientes: (a) explicitar as razões pelas quais não desejavam fazer uso da varfarina; (b) sugerir outro tratamento; (c) expressar sua preferência por outra forma de realizar o tratamento; (d) questionar/desafiar o médico frente à recomendação feita. De acordo com essas ações interacionais de ordem micro passíveis de serem observadas e analisadas, os pesquisadores verificaram como os *pacientes* ofereciam resistência ao tratamento proposto pelo médico. Quanto aos *médicos*, os pesquisadores perceberam que, em resposta aos pacientes, eles tendiam a: (a) repetir a recomendação; (b) negociar com os pacientes; (c) prover informação adicional em relação ao medicamento sugerido; (d) expandir a explicação sobre o propósito do tratamento. A título de exemplo do que os pesquisadores encontraram em seu estudo, reproduzimos a seguir dois dos excertos que constam do artigo<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> É importante esclarecer que os excertos pertencem a diferentes atendimentos.

Excerto 1 (SIOUTA et al, 2012, p. 432):

Questionando ou desafiando a recomendação de tratamento dada pelo cardiologista.

- 1 P: eu fui removido da lista cardio[versão  
2 C: [sim, exatamente=  
3 =porque você sabe eu falei com o [nome] que  
4 você:: seria liberado da lista cardioversão(.) sim  
5 Exatamente  
6 P: então o que acontece agora é a grande questão que é por que  
7 eu estou sentado aqui [por que eu tomo veneno de raposa daí (huh.)  
8 C: [exatamente  
9 veneno de raposa,[você estava pensando veneno de rato?  
10 P: [ou veneno de rato, sim

Excerto 2 (SIOUTA et al, 2012, p. 433):

Expandindo as explicações sobre o propósito de tomar o tratamento.

- 1 C: se você olhar para as anotações da clínica de cardiologia (nome da  
2 cidade) então você tem o diagnóstico  
3 fibrilação arterial e pressão alta  
4 P: sim sim  
5 C: e quando você tem isso (.) daí você pode dizer que pode ser  
6 bom tratar com ao invés de  
7 aspirina então você também pode tratar com com varfarina contra obstrução  
8 sanguínea então para que você não tenha obstruções da  
9 sua fibrilação arterial para >na verdade< que é o mais  
10 sério (.) ah ah é do claro que é  
11 o maior risco com a fibrilação arterial  
12 P: ((acena positivamente com a cabeça))  
13 C: é esse risco de derrame que você (.)  
14 P: sim sim sim sim  
15 C: sendo assim no final das contas te beneficiaria tomar  
16 varfarina(.) se você não tem nada contra isso então você  
17 pode (.) pode ser dado isso a você ao invés de aspirina  
18 Sim

Os pesquisadores, com base nesse estudo, argumentam que conhecer as ações interacionais de ordem micro empregadas pelos pacientes para resistir a determinado medicamento e/ou procedimento pode auxiliar os médicos, quando deparados com potenciais

preocupações por parte do paciente, a buscar o entendimento mútuo com vistas a decisões de tratamento que sejam, de fato, *compartilhadas*. Ainda de acordo com Siouta et al. (2012), estando conscientes dessas ações interacionais, os médicos podem estimular os pacientes a expressar seus pensamentos e engajá-los no compartilhamento da responsabilidade acerca dos objetivos estabelecidos por conta do tratamento adotado.

O estudo de Siouta et al. demonstra a importância de se descrever as interações para entender quais ações estão sendo realizadas de parte a parte. Nas palavras dos autores, “analisar a fala como um processo dinâmico e focar nas orientações exibidas pelos participantes possibilita [entender como] se ergue a resistência interacional entre os pacientes com desfibrilação arterial e cardiologistas” (SIOUTA et al. 2012, p. 434). A relevância de se entender como se estabelecem os métodos de resistência empregados pelos pacientes está na possibilidade de trazer à consciência dos profissionais a preocupação pela manutenção do entendimento mútuo com vistas a promover a decisão compartilhada pelo melhor tratamento para cada indivíduo. A observância da recorrência de tais métodos ou de métodos de resistência análogos pode servir de ponto de partida para o trabalho aplicado de sensibilização de profissionais com vistas a: (a) reconhecer o movimento interacional de resistência; e (b) propor alternativas que procedam ao atendimento das necessidades/expectativas/dúvidas dos pacientes.

A partir do estudo de Siouta et al. (2012), percebe-se que, através da microanálise das interações de dado contexto, é possível, com base em recorrências, oferecer sugestões de ordem macro que possam contribuir para uma perspectiva da medicina mais centrada no paciente. Nesse sentido, o grau de refinamento da pesquisa em AC, capaz de direcionar o olhar dos pesquisadores para características aparentemente “muito pequenas” da interação (e não necessariamente observáveis “a olho nu”), revelando sutilezas envolvidas no formato e no gerenciamento das falas dos participantes (RICHARDS, 2005), parece ser apropriado a esse propósito.

Outro estudo de cunho interacional, proveniente de pesquisas em AC (WADE et al., 2009)<sup>7</sup>, baseado em dados coletados em consultórios no Reino Unido – nesse caso, da área de oncologia – evidencia o tipo de contribuição que a AC pode oferecer no tocante à tomada de decisão sobre tratamentos. O estudo aborda a problemática imposta pelo método dos *ensaios clínicos randomizados* (ECR) realizados praticamente em todos os campos da medicina. O ECR, segundo Wade et al., “representa o cálice dourado da metodologia para determinar a eficácia da intervenção em cuidados da saúde” (2009, p. 2018). Entretanto, ainda conforme os autores, “a baixa aderência [a esse tipo de estudo] ameaça o poder da validade externa dos achados do ECR e pode implicar investimento adicional dos recursos de pesquisa” (2009, p. 2018). Dado que, sob a perspectiva do ERC, os pretensos participantes devem ser informados sobre o fator *equipoise*<sup>8</sup>, implícito no método, antes de assinar o formulário TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), Wade et al. (2009) discutem as ações interacionais utilizadas pelos chamados “recrutadores” para abordar pessoas prospectadas como possíveis participantes do ECR no contexto investigado.

---

<sup>7</sup> Esse estudo, embora baseado em dados provenientes da área da oncologia, presta excelente serviço a toda comunidade médica interessada na medicina centrada no paciente por conta das implicações éticas, sociais e econômicas geradas pelos estudos randômicos que são extensivos a todos os campos da Medicina.

<sup>8</sup> Freedman (1987, p. 141) descreve o fator “equipoise” como a “genuína incerteza por parte da comunidade médica – não necessariamente da parte de um investigador individual – sobre o tratamento preferido.”

O objetivo da pesquisa em questão consistiu em verificar: (a) como os recrutadores apresentavam as informações sobre o ECR; (b) quais evidências emergiriam sobre o grau de informação que os participantes dispunham quando realizando a randomização ou a seleção para o tratamento; e (c) quais aspectos do processo comunicativo poderiam influenciar a melhora no provimento de informação acerca do consentimento livre e esclarecido que o participante deveria assinar. Os participantes, todos acometidos por câncer de próstata, deveriam escolher entre ser tratados pelo método cirúrgico, pelo método da radioterapia ou, ainda, pelo monitoramento da doença sem recorrer às outras duas possibilidades. Dentre as várias descobertas feitas pelos pesquisadores, a mais arrebatadora foi a de que 52% das pessoas abordadas acreditavam ter sido não elas próprias, mas o médico quem escolhera seu tratamento.

Os pesquisadores concluíram que o problema de baixa adesão ao ECR naquele contexto, bem como a alta incidência de mal-entendidos em relação ao método deveu-se a um dos tipos de abordagens feito pelos recrutadores. Conforme Wade et al. (2009), havia, basicamente, dois tipos de abordagens: uma focada no participante e outra focada no recrutador, sendo essa última responsável pelos maus resultados obtidos. Na abordagem focada nos recrutadores, os estudiosos perceberam que os profissionais provinham informações supostamente essenciais sobre o ECR, mas não necessariamente possibilitavam que a visão do paciente emergisse ao longo da interação. Veja-se um exemplo trazido pelos pesquisadores para endossar seus argumentos:

Excerto 3: (WADE et al., 2009, p.2020)

- |   |    |   |
|---|----|---|
| 1 | R: | então u::m você gostaria de me perguntar alguma coisa sobre |
| 2 |    | cirurgia?   |
| 3 | P: | Não não realmente [uh::m                                    |
| 4 | R: | [São geralmente (.) de cinco a sete dias                    |
| 5 |    | no hospital Dxx se tudo sair de acordo com o planejado .hhh |

Nesse ponto, Wade et al. (2009, p. 2022) argumentam que, mesmo o participante tendo negado ter alguma dúvida sobre a cirurgia, ele sinaliza (uh:::m) querer continuar o seu turno de fala, mas o recrutador, ao invés de se ater a essa sinalização, inicia um novo turno em sobreposição de fala. Ao sobrepor a sua fala à fala do participante, o recrutador não lhe concede tempo para pensar ou se expressar e, conseqüentemente, o paciente não consegue elaborar ou expressar melhor suas ideias. Com isso, o recrutador perde a oportunidade de “ouvir a voz” do participante e de conduzir a entrevista de forma individualizada. Além disso, os autores alegam que a pergunta do recrutador é da ordem das perguntas fechadas, ou seja, perguntas que requerem como resposta (apenas) um “sim” ou um “não”, o que dificulta a elaboração de uma resposta mais abrangente por parte do interlocutor (RAYMOND, 2000; 2003).

Por outro lado, na abordagem focada no participante, os pesquisadores alegam que as informações eram *recipient designed* (SACKS, 1992), ou seja, “ajustadas ao interlocutor”, de

modo que as visões dos participantes acerca do tratamento em questão eram sempre expressas (WADE et al., 2009, p. 2023). Além disso, foi possível verificar que a abordagem focada no participante “possibilitou ao recrutador (e ao pesquisador) avaliar constantemente o nível de entendimento do participante e de seu posicionamento em relação à *equipoise*” (WADE, 2009, p. 2021).

Veja-se, a título de exemplo, um excerto de uma interação na qual o recrutador foca a visão do participante.

Excerto 4: (WADE et al., 2009, p. 2022)

- 1 R: Sim eu ia dizer, foi só o pensamento dos efeitos colaterais que  
2 te fizeram descartar?  
3 (4.1)  
4 P: Em parte mas=  
5 R: =Mm=  
6 P: =eu eu achei que era uma volta grande (.) em (1.3) num estágio inicial  
7 (0.8)  
8 R: certo embora você tenha a vantagem de saber que o tumor  
9 está lá é quase que basicamente morto pela radio[terapia].  
10 P: [sim o que eu quis dizer foi u:h e-  
11 em sendo tão pequeno (.) o o (1.1) mais (.) importante dos dois  
12 (0.8) uh como operação [ou (.) radioterapia  
13 R: [Mm.  
14 P: pareceu ser (0.6) usar um martelo para quebrar uma noz nesse .hh  
15 momento particular porque (1.0) é pequeno (.)  
16 R: mm hm  
17 P: e não há movimentação (.)  
18 R: Certo  
19 P: se realmente se o PA realmente começar a mostrar daí  
20 (1.1)  
21 P: sim eu pensaria sobre isso então

Ao comparar as duas diferentes abordagens, Wade et al. (2009) chegaram à conclusão de que, quando a abordagem mostrava-se focada nos participantes, os pacientes prospectados tendiam a compreender melhor as informações sobre como se procede um estudo clínico randomizado (ECR) e, conseqüentemente, aderiam mais facilmente ao estudo.

No tocante a problemas éticos passíveis de surgir em situações como a descrita por esse estudo, os autores afirmam que a aplicação das estratégias de, por exemplo, fazer uso sistematizado de perguntas abertas e pausas contribui para a proteção dos participantes contra possíveis coerções frente à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Mais especificamente, no que concerne a uma análise da conversa *aplicada*, Wade et al. (2009) concluíram que, ao empregarem estratégias interacionais tais como pausas mais longas,

elaboração de perguntas abertas e concessão do turno de fala, os recrutadores consistentemente proveram oportunidade aos participantes para que eles articulassem suas preocupações. Consequentemente, recrutadores e pesquisadores puderam ter evidências de que os participantes estavam em *equipoise*.

Outra pesquisa relevante para os estudos interacionais em contextos institucionais de saúde foi realizada por Tanya Stivers (2002), que analisou dados provenientes de interações em consultas pediátricas no Reino Unido. Ao proceder à análise, a autora observou que a insistência dos pais e mães (doravante também generalizados como “cuidadores”, de forma a não enfatizar nenhum gênero nas práticas de parentalidade) em receber um tratamento com uso de antibióticos para seus filhos era recorrente. A partir dessa constatação, a autora se deteve em investigar: (a) as possíveis formas de negociação entre os cuidadores e o médico para a obtenção da prescrição de antibiótico; e (b) as consequências das ações interacionais de ordem micro desempenhadas pelos médicos para a aceitação ou resistência dos cuidadores em situações de não prescrição de antibiótico.

Stivers (2002) explica que a participação dos cuidadores, ou mesmo de pacientes, nas decisões relativas ao tratamento pode se revelar como interacionalmente problemática, ainda mais quando advoga por um tratamento específico, como o de uso de antibióticos. A autora mostra também que, quando a orientação dos cuidadores ou do próprio paciente é para esse tipo de tratamento, ela normalmente se revela como inapropriada. Cuidadores, especificamente nas consultas pediátricas, criam uma expectativa irreal em relação aos usos desse tipo de medicamento. Por isso, a autora pontua que cada vez mais os médicos devem manter um equilíbrio entre incentivar e manter a participação dos cuidadores e evitar ceder à pressão para prescrever de forma inadequada. Nesse sentido, uma melhor compreensão da comunicação entre médico e cuidadores do processo de negociação de decisões de tratamento (i.e. incentivar a participação, mas sem ceder a pressões inapropriadas) pode representar um recurso eficaz para equilibrar essas ações conflitantes (STIVERS, 2002).

Stivers mostra, por meio de seus dados, os diferentes formatos de ações implementados pelos médicos para realizar a ação de revogar a possibilidade de prescrição do uso de antibiótico, inclusive refletindo também sobre a delicadeza interacional gerada nessa situação. Isso porque, ao fazerem a reivindicação pelo medicamento, os cuidadores pressionam o médico a um curso de ação específico, correndo o risco de afrontar o conhecimento e autoridade médicos. Por essa razão, não é tão frequente a manifestação aberta dos cuidadores de seu desejo de obter tratamento com antibióticos para seus filhos, e quando ela ocorre, tende a ser produzida de forma mitigada e indireta.

A partir desse cenário, ao analisar as consultas pediátricas, a autora identifica quatro formatos recorrentes de ações implementados pelos cuidadores para evidenciar seu desejo pela prescrição do antibiótico, quais sejam: (1) solicitá-lo de forma direta e declarada, (2) declarar desejo pelo uso do medicamento, (3) perguntar sobre o uso do medicamento e (4) mencionar experiências passadas com tratamento a partir do uso do medicamento.

O primeiro formato representa nos dados a *forma mais direta de iniciar uma negociação com o médico* sobre o uso de antibióticos, pois, ao solicitar o medicamento, os cuidadores obrigam o médico a responder à solicitação. Ou seja, abrem um par adjacente *pedido—atendimento ao pedido (ou não)*. Há, portanto, uma pressão maior na ação que é instaurada pelos cuidadores, que entendem a prescrição do remédio como algo negociável, ou seja, a posição do médico é questionada, ou mesmo confrontada.

O segundo formato, *a manifestação explícita do desejo pelo uso do medicamento*, “é ainda considerada bastante direta no que tange à pressão interacional que exerce para o tratamento com uso de antibióticos” (STIVERS, 2002, p. 1116). Conforme a autora, ainda que semelhantes, os dois primeiros formatos de solicitação pelo uso do medicamento diferem porque o segundo não exige uma resposta do médico. E é por essa mesma razão que esse formato é considerado menos direto que o primeiro.

O terceiro formato, *a ação de perguntar sobre o medicamento sem declarar o desejo explícito por seu uso*, mostra-se como o formato mais recorrente observado nos dados. Segundo a autora, “essas perguntas são geralmente posicionadas na sequência de uma recomendação de tratamento ou em um ponto do encontro onde uma recomendação de tratamento com o não uso de antibiótico tenha sido implícita” (STIVERS, 2002, p. 1117). Assim, essa forma de questionamento dos cuidadores, mesmo que tacitamente, pode ser entendida pelo médico como uma resistência em aderir ao tratamento e, conseqüentemente, pode operar no sentido de pressionar o profissional a tomar uma posição.

O último formato encontrado por Stivers na análise de seus dados também se mostra relativamente comum nas consultas. Ao *mencionar experiências passadas com uso de tratamento antibiótico*, os cuidadores são menos diretos na manifestação de seu desejo pelo uso do remédio. Por essa razão, esse formato não exige uma resposta do médico, pois não declara uma preferência propriamente dita e, portanto, pode ser tratado simplesmente como uma informação ou um fato relatado.

Os formatos utilizados pelos cuidadores para expressarem ao médico o desejo pela utilização dos antibióticos (que, como se pode ver, podem se apresentar como mais agravados – de pressão propriamente dita – ou bastante indiretos, como é o caso de relatos de experiências) revelam, de acordo com Stivers (2002), que os médicos se orientam para eles durante a interação e que isso afeta suas decisões sobre o tratamento. Por isso, a autora alega que é preciso um meio-termo nas interações entre médicos e pacientes, possibilitando, por um lado, a participação dos cuidadores, mas, por outro, evitando uma prescrição “forçada” ao uso de antibiótico e, por isso, inadequada.

Para finalizar, a autora fala sobre possíveis intervenções a partir do estudo que apontam para o aperfeiçoamento das práticas do profissional da saúde. De acordo com Stivers (2002, p. 1127), o objetivo seria:

diminuir as taxas de prescrição inadequada, informando aos médicos todas as formas – diretas e indiretas – que os cuidadores exercem pressão pelas prescrições [de antibióticos]. Essa compreensão será fundamental para determinar os melhores recursos para os médicos lidarem com essa pressão, de modo a manter a satisfação dos cuidadores, aumentar a compreensão deles, e diminuir as taxas inadequadas de prescrição (STIVERS, 2002, p. 1127).

Intrinsecamente relacionado ao estudo anterior, utilizando-se do mesmo conjunto de dados de interações entre médicos e cuidadores em consultas pediátricas, Stivers (2002) analisa os formatos de *não* recomendação pelo uso de antibióticos utilizados pelos médicos e as conseqüências desses formatos de ação para a consulta. A autora avalia que há dois formatos para a não recomendação: (1) recomendar um tratamento em particular (e.g. remédio para a tosse) e (2) explicitar a não recomendação pelo uso do antibiótico (e.g. “Ela não precisa

de um antibiótico”). Essa última ação, segundo a autora, é justamente a que gera maior resistência por parte dos cuidadores.

A pesquisa aponta que a recomendação por determinado tratamento (o tipo 1 acima) pode nem mesmo ser especificamente de algum medicamento propriamente dito, mas simplesmente a recomendação de que a criança tome líquidos em abundância, por exemplo. De toda forma, a resposta dos cuidadores ao primeiro formato tende a ser positiva em comparação ao simples *não* oferecimento de nenhuma recomendação. Por outro lado, de acordo com Stivers (2002), a ação do médico de primeiro se posicionar *contra* determinado tratamento (tipo 2 acima), no caso dos antibióticos, e apenas depois receitar um tratamento particular, não funciona tão bem para a aderência dos cuidadores ao tratamento receitado pelo médico.

Em suma, os dados revelam que uma recomendação específica e afirmativa para algum tratamento (desde que pertinente) tende a gerar menor resistência dos cuidadores e, assim, mais aceitação da não utilização de antibióticos. Em outras palavras, a recomendação dos médicos por algum tipo de tratamento, em vez da mera apresentação de sua posição contrária ao uso de antibióticos (ação do tipo 1 acima) tende a proporcionar a adesão dos cuidadores ao tratamento sem resistência, encaminhando a consulta para um encerramento em um período de tempo satisfatório. E, nos casos em que não há nenhuma recomendação específica, a resistência dos cuidadores é ainda maior, fazendo com que os médicos trabalhem para assegurar a aceitação. Para que isso aconteça, um maior tempo da consulta é utilizado, ou seja, perde-se na otimização do tempo da consulta.

Por meio da análise interacional dos dados, a autora sugere aos médicos algumas formas de fazer recomendações de tratamentos às crianças. Primeiramente, Stivers (2002) recomenda formatar as recomendações *para um* tratamento, nunca *contra* um tratamento particular. Segundo, quando a recomendação for contrária a um antibiótico, prover uma justificativa, pois isso ajuda a mostrar que a prescrição em questão foi considerada antes de ser descartada, além de ser uma forma de tranquilizar os cuidadores que estão preocupados com a necessidade de um medicamento específico para seus filhos.

Outro estudo que interessa a essa revisão, também realizado em âmbito internacional, aborda a organização de preferência<sup>9</sup>, tomando por base as perguntas recorrentemente feitas pelos médicos para sondar a possível existência de algum outro problema afora aquele que originalmente motivou a procura por cuidados médicos. A pesquisa conduzida por Heritage e Robinson (2011) evidencia a relevância que pode ter o formato de uma pergunta feita pelo médico para o atendimento de queixas remanescentes não explicitadas prontamente pelos pacientes durante a consulta médica e, conseqüentemente, para a otimização do tempo geral da consulta.

A pesquisa foi motivada por duas razões iniciais: (a) o fato de que 40% dos pacientes trazem mais de um problema médico para a consulta<sup>10</sup>; e (b) a recomendação encontrada nos livros didáticos das escolas de medicina para solucionar o problema de (outras) possíveis queixas (secundárias) dos pacientes (e.g. consultar sobre resfriado como motivo principal da

---

<sup>9</sup> O detalhamento das características do sistema de organização de preferência encontra-se em “Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes” (POMERANTZ, 1984).

<sup>10</sup> Heritage e Robinson (2005, p. 17) basearam-se no relatório do *National Ambulatory Medical Care Service* (2005), que, por sua vez, é baseado em relatos dos médicos.

procura do médico, mas também querer saber como tratar o dedão inflamado), qual seja, a pergunta “Is there *anything* else we need to care of today?”<sup>11</sup>.

Ao analisarem os dados, Heritage e Robinson (2011) verificaram que, nos casos em que os médicos procediam à solicitação de preocupações remanescentes, não por coincidência, a pergunta recorrentemente endereçada aos pacientes era “Is there *anything* else we need to take care of today?”. Conforme observaram os autores, a estrutura dessa pergunta, em contexto de uso em língua inglesa, induz o paciente a negar a existência de problemas que ainda possa ter, pois, em função de sua estrutura de preferência, ela solicita um “não” como resposta preferida contrariando, assim, o propósito de elicitare novas (segundas) queixas. Heritage e Robinson (2011) verificaram que, em consequência do uso dessa pergunta, os pacientes tendiam a deixar o consultório sem sanar suas outras queixas (i.e. suas queixas secundárias).

Numa tentativa de solucionar os “problemas do mundo real” (HERITAGE; ROBINSON, 2011, p.15) através da aplicação dos métodos da AC, com vistas a fazer AC *aplicada*, os autores empreenderam uma experiência que consistiu em criar questões de natureza mais experimental que pudessem ser empregadas pelos médicos para solicitar queixas adicionais. Partindo da pergunta recomendada pelos manuais médicos, os autores propuseram três possíveis perguntas candidatas a substituir aquela usualmente empregada, quais sejam: I) “Are there other concerns you’d like to address during this visit?” (sem a utilização de *any*); II) “Are there *some* other concern you’d like to address during this visit?” (utilizando *some* em vez de *any*); e III) “*What* other concerns would you like to address during this visit?”

Neste ponto, considerando que o referido estudo toma por base interações em língua inglesa e que os problemas interacionais dizem respeito às estruturas específicas a essa língua, algumas explicações se fazem necessárias para melhor compreensão da revisão proposta, quais sejam: (a) o enunciado “Is there *anything* else we need to take care of today?”, devido à carga semântica intrínseca à palavra “*any*”, propende a obter um “não” como resposta preferida, gerando dificuldades interacionais (i.e. mais “trabalho interacional”) ao respondente em caso de sua resposta ser afirmativa; (b) o enunciado “Is there *something* else we need to take care of today?”, devido à carga semântica da palavra “*some*”, propende a obter um “sim” como resposta preferida e, nesse caso, não impõe dificuldades ao respondente frente ao provimento de uma resposta negativa; (c) o enunciado “*What* other concerns would you like to address during this visit?”, devido à carga semântica da palavra “*what*”, pressupõe a existência de um problema que deve ser tratado.

Ao refletirem acerca das três propostas, os autores concluíram que a pergunta do tipo II seria a mais apropriada para a execução do estudo controlado com os médicos. A explicação dos autores para a escolha da pergunta do tipo II no procedimento do estudo remete à estrutura lexical de cada uma das opções. Em outras palavras, lembrando sempre que a pesquisa problematiza dados provenientes da língua inglesa, a estrutura da pergunta do tipo I, ao não trazer em sua formação nem a palavra “*any*” nem a palavra “*some*”, torna-se demasiado neutra, dificultando, assim, a solicitação de queixas adicionais. Da mesma forma, o uso da pergunta do tipo III também foi descartado. De acordo com os autores, esse descarte se deu porque o uso de “*what*” parece presumir que o paciente tem algum problema de saúde

---

<sup>11</sup> Uma proposta de tradução (livre) que se aproxime da estrutura semântica desse enunciado na língua portuguesa seria: “Não há *nada mais* que precisamos tratar hoje?”

mesmo que não o tenha. Em contrapartida, a pergunta do tipo II (i.e. “Are there *some* other concerns you’d like to address during this visit?”) foi escolhida para fins de comparação com uso da pergunta “Is there *anything* else we need to take care of today?” por requerer uma resposta preferida positiva, mas, ao mesmo tempo, não pressupor a existência de algum problema a ser tratado (como seria o caso com a pergunta do tipo III).

A fim de implementar o experimento em questão, os autores optaram por fazer um vídeo de treinamento de cinco minutos para que os médicos pudessem assistir em seus próprios computadores. Esse vídeo incluía: (a) o problema de pacientes que saem das consultas com queixas não atendidas; (b) a importância de abrir possibilidades na solicitação de queixas adicionais aos pacientes antecipadamente na consulta e não apenas ao seu final; (c) a importância da escolha das palavras nas perguntas (i.e. *any* ou *some*); (d) instruções sobre a intervenção, ou seja, sobre as perguntas polarizadas com *some* e *any*; (e) duas vinhetas que mostravam médicos e pacientes utilizando as perguntas polarizadas; e (f) um breve reforço da intervenção.

Em relação ao experimento com o vídeo, Heritage e Robison (2011) alegam que o emprego da pergunta do tipo II (“Are there *some* other concern you’d like to address during this visit?” possibilitou a redução em três-quartos de problemas não sanados, o que comprovou a sua eficácia. Os autores advogam que o uso desse formato de pergunta também tende a otimizar o tempo da consulta uma vez que oportuniza ao paciente explicitar algum outro problema já nos momentos iniciais da consulta e não apenas ao seu final. Em última instância, essa prática provê ao médico a oportunidade de sanar as demandas do paciente de maneira a evitar que dúvidas e solicitações remanescentes venham à tona quando a consulta estiver se encaminhando para o fechamento, o que, por outro lado, tende a prolongar o tempo total da consulta.

A partir dos resultados da pesquisa aplicada, Heritage e Robinson escreveram um artigo que foi apresentado no encontro anual (2006) da *European Association for Communication in Healthcare (EAHC)*, disseminando os benefícios descobertos pela pesquisa, auxiliando na formação profissional dos médicos, visando, assim, a uma reformulação dos manuais de treinamento dos estudantes de medicina.

Conforme se pode observar, os estudos microanalíticos em contextos de provimentos de cuidados em saúde apresentam análises bastante aprofundadas acerca do cotidiano “real” de consultórios e hospitais e já se revelam uma tradição na arena internacional. No Brasil, no entanto, conforme relatam Ostermann e Meneghel (2012), são escassas ainda as pesquisas na área da saúde que se dedicam à fala em interação enquanto lócus constitutivo dos atendimentos em saúde. Enquanto que abundam pesquisas sobre a qualidade de atendimentos na saúde que utilizam entrevistas *post-factum* com paciente e/ou profissionais acerca de suas percepções relativas aos atendimentos (i.e. percepções sobre como foram os atendimentos), a quantidade de estudos que investigam dados naturalísticos de fala em situação de atendimento à saúde ainda é baixa.

A título de apresentação do que já foi realizado no país nesses termos, passa-se à revisão de dois estudos que fomentam a discussão sobre o que ainda há para se fazer no que se refere à pesquisa microanalítica no Brasil.

### 3. Pesquisas em Análise da Conversa de cunho intervencionista em contexto médico no Brasil

As pesquisas em contexto brasileiro que descreveremos a seguir são derivadas de um projeto maior de pesquisa, coordenado pela Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann, com interações entre médicos e pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) em consultas ginecológicas e obstétricas na região Sul do país. Todos os trabalhos são, portanto, voltados aos cuidados com a saúde da mulher. Além disso, todas as consultas médicas, um total de 144, foram gravadas em áudio e depois transcritas conforme as convenções propostas originalmente por Jefferson (1984), adaptadas posteriormente pelo grupo “Fala-em-Interação em Contextos Institucionais e Não-Institucionais”, do Diretório Grupos de Pesquisa do CNPq.

Salientam-se nesses estudos as contribuições que podem ser geradas para os programas governamentais que preveem a humanização nos atendimentos à saúde e que pretendem contribuir com o bem-estar dos usuários do SUS, como o HumanizaSUS e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

O primeiro trabalho a ser comentado tem como tema o fenômeno interacional da “formulação”. Ostermann e Silva (2009) asseveram que esse recurso interacional pode promover uma melhor compreensão entre os interagentes, pois, conforme explicam, a formulação é um método que é utilizado para explicitar o entendimento de partes da conversa. As autoras esclarecem que a formulação ocorre quando um dos interagentes:

torna explícito o seu entendimento sobre o que foi dito anteriormente ou sobre o que está acontecendo ali, quer seja no turno imediatamente posterior, ou ainda depois de uma ou várias sequências interacionais, através de retomadas (OSTERMANN; SILVA, 2009, p. 98).

Veja-se o exemplo que elas trazem dos próprios dados e que ilustra essa asserção, quando na consulta o médico formula o que foi dito pela paciente até o momento:

Excerto 5 [POSTO210306ET]

1 PACIENTE: =é  
2 MÉDICO: os exames tão todos bem↑ ((verifica os exames))  
3 (0.5)  
4 tu tá tomando pílula?  
5 PACIENTE: não  
6 MÉDICO: **não? não tá tendo relações é isso né**  
7 PACIENTE: °isso°

No turno em negrito (linha 6) está a formulação elaborada pelo médico à resposta da paciente (linha 5). O turno apresenta características típicas de uma formulação, a saber: *preservação*, *apagamento* e *transformação* do que o outro disse (nesse caso, do que a paciente disse). Heritage e Watson (1979; 1980)<sup>12</sup>, os primeiros pesquisadores a descrever a prática da formulação, sustentam que, ao formular, a pessoa preservará o sentido de acordo com o que

<sup>12</sup> Também analistas da conversa. Para uma discussão mais aprofundada sobre a prática de “formulação”, sugere-se a leitura de Heritage e Watson (1980).

ela compreendeu (*preservação*), apagará parte do que foi dito anteriormente (*apagamento*) e transformará, pelo menos em parte, o que foi dito (*transformação*).

Contrariamente ao que assevera Mishler (1984) sobre a frequência de formulações em interações médico-paciente no contexto estadunidense, nos dados investigados por Ostermann e Silva (2009), as formulações são frequentes e ocorrem tanto na fala do médico quanto na fala da paciente, mas com propósitos diferentes.

Na fala dos médicos, as formulações ocorrem principalmente para retomar um tópico apresentado anteriormente e para esclarecer informações possivelmente desordenadas trazidas pelas pacientes. Assim, ao formular, o médico retoma partes da conversa,

de forma a obter esclarecimentos sobre compreensões particulares [...] pois, muitas vezes, logo no início da consulta, pacientes trazem informações que podem soar “desordenadas” e não claramente relacionadas entre si. Cabe também ao médico (como interlocutor) auxiliar na reordenação e no estabelecimento de relações (OSTERMANN; SILVA, 2009, p. 106).

Já na fala das pacientes, a formulação é realizada para explicitar o entendimento que a paciente faz do que o médico descreve em termos de diagnóstico e do que prescreve como tratamento, evitando, muitas vezes, compreensões equivocadas que poderiam prejudicar e agravar alguns problemas de saúde. Nota-se que as pacientes, ao fazer uso desse recurso durante a consulta, auxiliam os médicos em sua prática médica, pois estabelecem um tipo de “retorno imediato” sobre o que entenderam da fala do médico, dando a ele a oportunidade de verificar se a compreensão da paciente está correta ou não e, se não estiver, de corrigir este entendimento.

As autoras concluem que tanto as formulações feitas pelos médicos quanto as feitas pelas pacientes demonstram uma forma de colaboração na consulta<sup>13</sup>, pois propiciam um momento de checagem de entendimento entre os interagentes. Por fim, Ostermann e Silva (2009, p. 110) afirmam que a “simples prática de formular nessas interações [...] pode ser compreendida como uma das práticas (em nível micro) de humanizar os atendimentos em saúde”.

Assim como a formulação, a “atribuição” também se revelou como um fenômeno recorrente nas consultas médicas analisadas. Atribuição é o tema da investigação de Ostermann e Souza (2009, p. 1524), que definem essa prática interacional, a partir de Gill (1998), como proposições – hipóteses sobre seus problemas de saúde ou sintomas ou mesmo sobre suas causas – que são externadas pelas pacientes ao médico durante o atendimento. Ao levantar hipóteses, a paciente coloca o médico em posição de se alinhar ou não a elas, considerando-as e avaliando-as de alguma forma, e produzindo uma resposta. O exemplo abaixo ilustra a realização de uma atribuição, no momento em que a paciente estabelece uma hipótese entre a irregularidade de sua menstruação e a sua idade (linhas 92-93):

---

<sup>13</sup> Trataremos mais adiante das formas de colaboração na consulta médica.

Excerto 6 [POSTO210306ER]

87 MÉDICO: última menstruação que dia foi tua última menstruação  
88 PACIENTE: ai faz dois meses já:  
89 (1.0)  
90 não sei nem dizê  
91 MÉDICO: dois meses foi lá pelo dia vinte e um de janeiro  
92 PACIENTE: (xx eu estou) **daí não sei dizê mas tá todos os mês**  
93 **vindo atrasado. se é po:r causa do::: da minha ida:de**  
94 MÉDICO: vem mais ou menos dois meses ((anota))

Nos dados analisados pelas autoras, foram observadas quatro diferentes formas de se fazer atribuições, e que incluem posicionamentos diferentes durante a consulta, bem como angariam respostas distintas pelos médicos. São elas: (1) pistas durante a anamnese; (2) informação a mais ao responder uma pergunta; (3) perguntas diretas aos médicos; e (4) terceira pessoa responsável.

No primeiro formato, as pacientes realizam atribuições durante o momento da anamnese<sup>14</sup>, não exercendo quase nenhuma pressão por uma resposta do médico, pois são apenas sugestões ou *pistas*, conforme as autoras nomeiam. Por ter esse caráter mais brando (i.e. menos impositivo ao interlocutor), a resposta do médico à atribuição pode vir na interação com um pouco de atraso, ou seja, não necessariamente de forma adjacente à ocorrência da atribuição.

Da mesma forma, assume um formato mais brando o segundo tipo de atribuição, que também é realizado durante a anamnese e que pode não necessariamente gerar uma resposta imediata do médico. Ostermann e Souza (2009, p. 1526) explicitam que nesse formato de atribuição, “o paciente provê mais conteúdo do que lhe foi solicitado pelo médico. Em função de poder ser interpretada como informação acessória, esse tipo de atribuição também não compele o médico a dar uma resposta imediata”.

Já o terceiro formato de atribuições, perguntas diretas, exige uma resposta e uma avaliação imediata do médico (ou seja, adjacente à atribuição propriamente dita). As autoras explicam que essas atribuições ocorrem mais raramente e normalmente emergem depois da anamnese, “quando o médico já estaria *apto* a avaliar a possível causa do problema apresentado” (OSTERMAN; SOUZA, 2009, p. 1527).

O último tipo de atribuição que as autoras identificam em seus dados diz respeito à terceirização na fala da paciente. As pacientes atribuem a terceiros a *autoria* da atribuição, assim propondo que outra pessoa tenha dito algo sobre determinado problema. Para as autoras (OSTERMAN; SOUZA, 2009), esse formato pode ser explicado pelo fato das pacientes frequentemente se sentirem pouco confortáveis para questionar, ou mesmo confrontar, o saber do médico. Assim, o formato de atribuições terceirizadas deslocaria a responsabilização pela atribuição, protegendo a face (GOFFMAN, 1955) da paciente.

Assim como argumentado por Ostermann e Silva (2009; 2012), a partir de sua análise de atribuições das pacientes e sobre como os médicos lidam com elas, defendem que a humanização da saúde também – e largamente – se dá pela interação, pela comunicação médico-paciente. No caso das atribuições, esse argumento se justifica, porque, em primeiro

<sup>14</sup> Histórico de uma doença feito pelo médico com base nas informações colhidas com o paciente.

lugar, as informações trazidas pelas pacientes podem “adiantar algo relevante para o médico, o que pode auxiliá-lo tanto na investigação como no diagnóstico mais seguro” (2009, p. 1531); em segundo lugar, as respostas dos médicos às atribuições podem ser muito importantes na decisão das pacientes em aderirem aos tratamentos.

#### **4. Considerações sobre a aplicabilidade da Análise da conversa em contextos médicos**

Tendo em mente, então, as possíveis contribuições que a AC pode proporcionar no que se refere à comunicação profissional da saúde e pacientes (i.e. qualidade dos atendimentos, satisfação dos participantes e otimização do tempo de consulta), conforme evidenciado nas pesquisas aqui revisitadas, especula-se sobre: (a) alguns métodos possíveis de aplicação baseados nos estudos já realizados no Brasil com vistas a sensibilizar os profissionais de saúde para questões de ordem interacional como parte não secundária, mas constituinte do atendimento à saúde (e.g. palestras ou workshops com profissionais de saúde); e (b) os benefícios da inclusão de uma disciplina que aborde a comunicação médico-paciente sob a perspectiva interacional como parte obrigatória da formação curricular dos médicos em formação, em consonância com o que já tem sido praticado no cenário internacional (e.g. Reino Unido e Estados Unidos).

Entende-se que, apesar da evidente percepção da importância fundamental que a interação médico-paciente exerce na prática cotidiana de diagnosticar, tratar, curar e, até mesmo, confortar pacientes, é preciso questionar, sob uma perspectiva pragmática, em termos de práticas interacionais propriamente ditas, o que significam “preceitos” tais como, “estabelecer um relacionamento baseado na empatia e confiança”, “ouvir a voz do paciente”, “ser claro” etc., tão corriqueiramente encontrados em manuais de “boas práticas médicas”.

Nesse sentido, em termos de competência, o que cabe aos analistas da conversa brasileiros nesse momento – visto que as alterações da grade curricular das escolas de medicina são da alçada do Ministério da Educação e Cultura (MEC) – é advogar em prol da aplicação dos resultados das pesquisas já realizadas no país (e.g. pesquisas como as revisitadas neste artigo). Como sugestão de aplicação, pensa-se que partir das experiências bem sucedidas é sempre um bom começo. Dessa forma, acredita-se que, tanto o método de encenação conversacional (MECA), utilizado por Stokoe (2011), quanto o método de aplicação da AC utilizado por Heritage e Robinson (2011) – ambos trabalhos revisados nesse artigo – constituem-se alternativas verossímeis de aplicabilidade da AC em contexto brasileiro. Conforme reflete Richards (2005) acerca da ACA,

o quão longe e de que maneiras as aplicações da AC se desenvolverão nos anos vindouros serão determinados, em parte, pela forma que as suas contribuições são entendidas e valorizadas por aqueles que supostamente têm a aprender e fazem uso delas: terapeutas, médicos, professores, vendedores e entrevistadores (RICHARDS, 2005, p. 14).

Partindo da reflexão de Richards (2005), entende-se que os estudos, discutidos ao longo desta revisão, trazem contribuições importantes para os profissionais de saúde no tocante aos atendimentos à saúde propriamente ditos, ao evidenciarem fenômenos interacionais que tornam mais fluente, mais compreensível e, possivelmente, mais “humanizada” a interação médico-paciente. Os resultados das pesquisas mostram como se

pode qualificar os atendimentos de forma geral, ao minimizar as tensões e insatisfações, evitar prescrições desnecessárias, aumentar a adesão aos tratamentos sugeridos e, por, consequência, otimizar o tempo de consulta. Além disso, concorda-se com Silverman (2001) sobre a relevância de se oferecer aos profissionais de saúde a oportunidade de ter contato com os dados interacionais transcritos, pois, a simples ação de se deparar com as próprias falas transcritas e de examiná-las pode servir como um poderoso recurso de sensibilização dos participantes para questões de ordem interacional. As transcrições são um meio simples de colocar os profissionais da saúde frente a frente com as suas habilidades interacionais na prática profissional. Destarte, acredita-se que seria uma pena, e até mesmo uma irresponsabilidade científica, não fazer chegar tal conhecimento aos maiores interessados: os profissionais de saúde.

### **The *applied* dimension of Conversation Analysis in doctor-patient interactions**

**ABSTRACT:** This article discusses the applied dimension of Conversation Analysis, its potential and viability, by focusing on studies undertaken with naturalistic data, consisting of audio and/or video recordings in the healthcare context. The studies highlighted in this discussion are (a) those whose analytical results can be applied to interactions between health professionals and patients, (b) those inaugurated the "recognition of the possibilities inherent in exploring the applied dimension of Conversation Analysis" (RICHARDS, 2005, p. 1).

**Keywords:** talk at work; applied conversation analysis (ACA); applied linguistics of professions; doctor-patient communication; language at work.

### **REFERÊNCIAS**

ANTAKI, Charles. *Applied conversation analysis: intervention and change in institutional talk*. London: Palgrave Macmillan, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS*, 2004b.

DREW, Paul. Conversation Analysis and Applied Linguistics. In: RICHARDS, Keith; SEEDHOUSE, Paul. *Applying conversation analysis*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005. p. 14-20.

GAFARANGA, Joseph; BRITTEN, Nicky. Talking an Institution into Being: the Opening Sequences in General Practice Consultations. In: RICHARDS, Keith; SEEDHOUSE, Paul. *Applying Conversation Analysis*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005. p. 1-15.

GILL, Virginia T. Doing attributions in medical interaction: patient's explanations for illness and doctors responses. *Social Psychology Quarterly*, v. 61, 342-60, 1998.

GOFFMAN, Erving. On face-work: an analysis of ritual elements in social interaction. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, v. 18, 213-231, 1955.

HERITAGE, John C.; WATSON, Rod. Aspects of the properties of formulations in natural conversations: some instances analyzed. *Semiótica*, v. 30, n. 3/4, p. 245-262, 1980.

HERITAGE, John C.; ROBINSON, Jeffrey D. Physicians' opening questions and patients' satisfaction. *Patient Education and Counseling*, v 60, p. 279-285, 2006.

HERITAGE, John; ROBINSON, Jeffrey D. "Some" vs "Any" medical issues: encouraging patients to reveal their unmet concerns. In: ANTAKI, Charles (ed). *Applied Conversation Analysis: Changing Institutional Practices*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2011. p. 15-31.

JEFFERSON, Gail. Error correction as an interaction resource. *Language in Society*, v. 3, n. 2, p. 181-199, 1974.

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

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

OSTERMANN, Ana C.; MENEGHEL, Stela N. (Org.). *Humanização Gênero Poder: contribuições dos estudos de fala em interação para a atenção à saúde*. Rio de Janeiro/Campinas: Editoras Fiocruz e Mercado de Letras, 2012.

OSTERMANN, Ana C.; MENEGHEL, Stela N. Humanização, gênero e poder nos atendimentos à saúde: possibilidades que se apresentam a partir dos estudos de fala-em-interação. In: OSTERMANN, Ana C.; MENEGHEL, Stela N. (Org.). *Humanização, Gênero, Poder: contribuições dos estudos de fala em interação para a atenção à saúde*. Rio de Janeiro/Campinas: Editoras Fiocruz e Mercado de Letras, 2012. p. 33-43.

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

OSTERMAN, Ana C.; SILVA, Caroline. R. A formulação explicitando a compreensão mútua entre médico e paciente: uma forma de humanizar os atendimentos.. In: OSTERMANN, Ana C.; MENEGHEL, Stela N (Org.). *Humanização Gênero Poder: contribuições dos estudos de fala em interação para a atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 99-115.

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

POMERANTZ, Anita. Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes. In: ATKINSON, J. Maxwell; HERITAGE, John. *Structures of Social Action*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 57-101.

PSATHAS, G. The structure of direction-giving in interaction. In: BODEN, D.; ZIMMERMAN, D. H. (Eds.) *Talk and Social Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis*. Cambridge: Polity Press, p. 227-255, 1991.

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

RAYMOND, Geoffrey. The Voice of Authority: The Local Accomplishment of Authoritative Discourse in Live News Broadcasts. *Discourse Studies*, 2 (3): 354-379, 2000.

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

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

SEEDHOUSE, Paul. Classroom interaction: possibilities and impossibilities. *ELT Journal*, v. 50, n. 1, p. 16-24, 1996.

SEEDHOUSE, Paul. *The interactional architecture of the language classroom: a conversation analysis perspective*. Malden, MA: Blackwell, 2004.

SILVERMAN, David. *Interpreting qualitative data: methods for analyzing talk, text and interaction*. London: SAGE, 2001.

SIOUTA, Eleni; HEDBERG, Berith, HEDMAN, Karl; BROSTÖM, Anders. Interactional resistance between patients with atrial fibrillation and cardiologists in consultation on treatment with warfarin: the value of shared decision-making. *The International Journal of Person Centered Medicine*, v. 2, n. 3, p. 427-436, 2009.

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

STOKOE, Elizabeth. Simulated interaction and communication skills training: the 'conversation-analytic role-play method'. In: ANTAKI, Charles. *Applied conversation analysis: intervention and change in institutional talk*. London: Palgrave Macmillan, 2011. p.119-139.

VINKHUYZEN, Erik; SZYMANSKI, Margaret H. Would You Like to Do it Yourself? Service Requests and Their Non-granting Responses. In: RICHARDS, Keith; SEEDHOUSE, Paul. *Applying Conversation Analysis*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005. p. 1-15.

WADE, Julia; DONOVAN, Jenny L; LANE, Athene J.; NEAL, David E.; HANDY, Freddie C. H. It's not just what you say, it's also how you say it: Opening the 'black box' of informed consent appointments in randomised controlled trials. *Social Science & Medicine*, v. 68, p. 2018–2028, 2009.

WALKER, Esther. Making a bid for change: formulations in union/management negotiations. In: FIRTH, Alan (Ed). *The discourse of negotiation: studies of language in the workplace*. Oxford: Pergamon, 1994. p. 101-140.

Data de envio: 17/05/2013

Data de aprovação: 16/10/2013

Data de publicação: 15/04/2014