

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

DAIANE BALDASSO BÖHM

**RECOMENDAÇÕES MÉDICO/A-PACIENTE
EM CONSULTAS DE ACONSELHAMENTO GENÉTICO
E O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO**

São Leopoldo

2018

DAIANE BALDASSO BÖHM

**RECOMENDAÇÕES MÉDICO/A-PACIENTE
EM CONSULTAS DE ACONSELHAMENTO GENÉTICO
E O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestra 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

2018

B676r Böhm, Daiane Baldasso .
Recomendações médico/a-paciente em consultas de
aconselhamento genético e o processo de tomada de
decisão / Daiane Baldasso Böhm. – 2018.
153 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio
dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Linguística
Aplicada, 2018.
“Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann.”

1. Recomendações médico/a-paciente. 2. Tomada de
decisão. 3. Domínio deontológico e domínio epistêmico.
4. Fala-em-interação. 5. Aconselhamento genético. I. Título.

CDU 81'33

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecário: Flávio Nunes – CRB 10/1298)

DAIANE BALDASSO BÖHM

**RECOMENDAÇÕES MÉDICO/A-PACIENTE
EM CONSULTAS DE ACONSELHAMENTO GENÉTICO
E O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO**

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

Aprovada em 23 de março de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria da Glória Correa Di Fanti - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Nêmora Tregnago Barcellos – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Profa. Dra. Daniela Negraes Pinheiro Andrade - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Prof. Dr. Caio César Costa Ribeiro Mira - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Orientadora

Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann - Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Dedico este trabalho a meus pais, que me ensinaram o valor da aprendizagem e do amor. São minhas raízes e minha inspiração para voar cada vez mais alto.

AGRADECIMENTOS

Às minhas maiores incentivadoras para iniciar o Mestrado, Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann, Profa. Dra. Cristiane Schnack, Profa. Dra. Marcia Del Corona e à minha querida amiga e colega Ms. Minéia Frezza. A elas, agradeço muito pelo incentivo e por serem inspiração para mim.

À Capes que proporcionou a bolsa e possibilitou a realização do Mestrado.

À Unisinos pelo excelente local de estudo e por ter me acolhido desde 2001.

Ao Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, representado pela coordenadora do curso, Profa. Dra. Cátia de Azevedo Fronza, pelo constante suporte recebido, a todo o corpo docente, pelos ensinamentos, à secretaria, em especial à Vanessa, pela disponibilidade e prontidão nos atendimentos.

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann, por acreditar e confiar em mim, muitas vezes, mais do que eu mesma acreditava. À Ana, agradeço de coração pela dedicação, acompanhamento, doação, paciência, cuidado, amizade e por guiar o meu vôo sempre mais alto do que eu achava ser o meu limite. Agradeço por reconhecer o meu potencial e acreditar nele. Meu sincero e eterno agradecimento e admiração.

Às bancas de qualificação e defesa compostas pela Profa. Dra. Maria da Glória Correa Di Fanti, pela Profa. Dra. Nêmore Tregnago Barcellos, pelo Prof. Dr. Caio César Costa Ribeiro Mira, pela Profa. Dra. Daniela Negraes Pinheiro Andrade e pela Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann, agradeço pela disponibilidade, dedicação, suporte e importantes contribuições.

Aos/às colegas e amigos/as do grupo FEI – Fala-em-Interação, agradeço pelo acolhimento, parceria, generosidade, suporte, agradabilíssima companhia, discussões, trocas, ajudas, conversas, exemplos, aprendizagem e lindas amizades que quero ter para sempre.

À colega Dra. Jorama Stein pela grande ajuda na revisão da dissertação.

À equipe da Cultura Americana, em especial à Luciane e ao Joicei, pela compreensão em função das minhas ausências e pelo incentivo a seguir em frente. A eles, agradeço a confiança em mim e no meu trabalho. Obrigada por me permitirem viver o sonho de vocês e fazer dele o meu também.

Aos/Às amigos/as, um abraço especial de agradecimento por estarem comigo durante toda a caminhada. Sou abençoada em tê-los/as em minha vida.

Ao meu irmão Cesar, cunhada Ciane, sobrinho Arthur e sobrinha Amanda, por tornarem o período do Mestrado mais leve e alegre. Agradeço pelas palavras e gestos de carinho e pelos encontros cheios de amor para recarregar as energias.

Aos meus pais, Luiz e Teresinha, que me ensinaram com muito amor a dar valor à aprendizagem e ao conhecimento. A eles, meus exemplos de vida, referências pessoais e profissionais, de caráter e honestidade, o meu sincero agradecimento e amor eterno. Obrigada por terem me dado asas e coragem para voar, e por me ensinar a valorizar e ter orgulho de minhas raízes.

Ao meu marido Emerson, pela companhia e apoio incondicional. Agradeço por viver comigo tudo o que vivi nesses dois anos de Mestrado, minhas vitórias, fraquezas, alegrias, preocupações, comemorações, problemas. É maravilhoso dividir com você nossos sonhos e projetos de vida. Amo você!

'Bendito aquele que consegue dar aos seus filhos asas e raízes', diz um provérbio. Existe um lugar no mundo onde nascemos, aprendemos uma língua, descobrimos como nossos antepassados superavam seus problemas. Num dado momento, passamos a ser responsáveis por este lugar. Precisamos de asas, que nos mostram os horizontes sem fim da imaginação, nos levam até nossos sonhos, nos conduzem a lugares distantes. São as asas que nos permitem conhecer as raízes de nossos semelhantes, e aprender com eles. Bendito quem tem asas e raízes; e pobre de quem tem apenas um dos dois. (COELHO, 2007).

RESUMO

Os/As pacientes têm o direito de escolher a alternativa mais apropriada dentre os tratamentos de saúde disponíveis (TOERIEN et al., 2011), e precisam ser informados/as sobre as opções de possíveis tratamentos e exames diagnósticos especializados para que possam alcançar a autonomia necessária para tomar sua decisão. (LANDMARK; GULBRADSEN; SVENNEVIG, 2015; WESSELS; KOOLE; PENN, 2014). Para tanto, almeja-se o provimento de todas as informações necessárias e existentes sobre essa possível próxima etapa com certo grau de neutralidade, a fim de reconhecer a autonomia e o conhecimento do/a paciente. (LANDMARK; GULBRANDSEN; SVENNEVIG, 2014; DREW; HERITAGE, 1992). Recomendações realizadas de forma a priorizar uma opção em particular representam a autoridade deontica do/a profissional. (STEVANOVIC; PERÄKYLÄ, 2012). Há uma lacuna em estudos interacionais na área da saúde com interações naturalísticas, i.e., “[...] dados advindos de situações cotidianas e que acontecem (e aconteceriam) com ou sem a presença de um pesquisador” (OSTERMANN; MENEGHEL, 2012, p. 14) em língua portuguesa que observem as recomendações médico/a-paciente e o processo de tomada de decisão. Ressaltamos, contudo, que ao se desenvolver uma pesquisa sob essa temática, toda uma classe profissional pode se beneficiar dos resultados. Esse tipo de análise pode contribuir para a formação de profissionais que atuam em áreas em que recomendar/tomar decisões é prática recorrente. Esta dissertação visa a analisar de que forma é realizada a sequência de recomendações médicas a pacientes grávidas (gestações de médio e alto risco) em consultas de Aconselhamento Genético (AG). Nas consultas, um médico geneticista recomenda a realização de testagem genético-fetal envolvendo procedimentos (i.e., amniocentese ou cordocentese) para posterior análise do cariótipo fetal. Ambos são procedimentos invasivos e não são livres de risco. O estudo objetiva (1) identificar a Organização Estrutural Geral (OEG) dos segmentos em que há recomendações (nível macro estrutural de análise das interações); (2) descrever as fases das recomendações nas consultas analisadas; (3) analisar as características linguístico-interacionais das sequências de recomendações (nível microinteracional de análise); (4) investigar, de uma perspectiva analítica interacional (SACKS, 1992), como (e se) a autoridade deontica do profissional emerge nessas sequências, e sua relação com o domínio epistêmico dos/as participantes. Para

tanto, a análise dos dados foi realizada sob a perspectiva teórico-metodológica da Análise da Conversa (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974; CLIFT, 2016), que permite uma análise minuciosa e retrospectiva dos turnos de fala que compõem sequências interacionais. O contexto de pesquisa é um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado no sul do Brasil, que oferece consultas de AG a pacientes grávidas com gestações de médio e alto risco. Este estudo insere-se em um projeto maior coordenado pela Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann, chamado *A mobilização do saber e do fazer: episteme e deonticidade na fala-em-interação institucional e na conversa cotidiana*, bem como as interações aqui analisadas advêm desse mesmo projeto.

Palavras-chave: Recomendações médico/a-paciente. Tomada de decisão. Domínio deontico e Domínio epistêmico. Fala-em-interação. Aconselhamento genético.

ABSTRACT

Patients have the right to choose the most suitable among the different alternatives of health treatment (TOERIN et al., 2011), and thus need to be informed about the choices of possible treatments as well as of more specialized diagnostic exams so that they can reach the necessary autonomy to make a decision. (LANDMARK; GULBRANDSEN; SVENNEVIG, 2015; WESSELS; KOOLE; PENN, 2014). For this reason, professionals are supposed to provide patients with the necessary and existing information about the possible next step with some degree of neutrality, recognizing patients' autonomy and knowledge. (LANDMARK; GULBRANDSEN; SVENNEVIG, 2014; DREW; HERITAGE, 1992). Non-neutral (biased) recommendations for a specific treatment or medical exam might represent an explicit stance of the professional's deontic authority. (STEVANOVIC; PERÄKYLA, 2012). There is a lack of health interactional studies with naturalistic interactions i.e., "[...] data from daily situations which happen (and would happen) with or without the researcher presence" (OSTERMANN; MENEGHEL, 2012, p. 14, our translation) in Brazilian Portuguese language that observe physician-patient recommendations and the decision-making process. We highlight, however, that developing a research concerning this theme, a whole professional class must be benefited from the results. This kind of analysis may contribute for the formation of professionals who work in areas in which recommending/making decisions is current practise. The present master's dissertation analyzes how the medical-pregnant patients's (medium and high risk pregnancies) recommendation sequence is done in Genetic Counselling (GC) consultations. Along the consultations, a geneticist recommends the foetal-genetic test involving procedures (i.e. amniocentesis or cordocentesis) for further foetal karyotype analysis. Both procedures are invasive and not free risk. This study consists of (1) identifying the Overall Structural Organization (OSO) of the segments in which there are recommendations (macro structural level of interactional analysis); (2) describing the recommendation phases in the analysed consultations; (3) analysing the linguistic-interactional features of recommendation sequences (micro structural level of analysis); (4) investigating, from a conversation analytical perspective (SACKS, 1992), how (and if) the professional deontic authority takes shape in these sequences, and its relation with the participants epistemic domain. In order to do so, the data analysis was done

under Conversation Analysis (CA) theoretical-methodological approach (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974; CLIFT, 2016), which enables a meticulous analysis and turns of talk retrospective that make interactional sequences. The research context is a public hospital in the south of Brazil, which offers GC consultations for pregnant patients with medium and high risk pregnancies. This study consists of a subproject of a larger project coordinated by Profa. Ana Cristina Ostermann, named *A mobilização do saber e do fazer: episteme e deonticidade na fala-em-interação institucional e na conversa cotidiana*, as the analysed interactions also come from the same project.

Key-words: Physician-patient recommendations. Decision making. Deontic and epistemic domains. Talk-in-interaction. Genetic counselling.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Amniocentese	25
Figura 2 - Cordocentese.....	26
Figura 3 - Duas trajetórias das sequências de recomendação de tratamento	36
Figura 4 - Organização estrutural geral: serviços de ligação de emergência.....	42
Figura 5 - Posicionamento epistêmico representado em termos de gradiente epistêmico	55
Figura 6 - Exemplo fictício de uma sequência IRA.....	57
Figura 7 - Organização estrutural da Fase 1 de recomendação da cordocentese à gestante Dara.....	90
Figura 8 - Organização estrutural da Fase 2 de recomendação da cordocentese à gestante Dara.....	94
Figura 9 - Organização estrutural da sequência de recomendação da amniocentese durante a gestação à gestante Caroline.....	106
Figura 10 - Duas trajetórias das sequências de recomendação.....	107
Figura 11 - Contexto sequencial e escolhas pronominais	113
Figura 12 - Organização estrutural geral da recomendação da cordocentese à gestante Dara (Excertos 9 e 10).....	115
Figura 13 - Organização estrutural geral da recomendação da amniocentese à gestante Caroline (Excerto 14).....	117

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Recomendação de medicamentos	29
Quadro 2 - Subações da recomendação.....	38
Quadro 3 - Características da fala institucional	41
Quadro 4 - Marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação.....	59
Quadro 5 - Outros grupos de fatores de risco: condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco.....	61
Quadro 6 - Níveis de análise dos dados: interação médico-paciente (Jeferson-Dara)	81
Quadro 7 - Fase 1 da recomendação.....	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Serviço público de genética médica no Brasil	21
Tabela 2 - Atendimentos gravados.....	63
Tabela 3 - Consultas de Aconselhamento Genético gravadas.....	63
Tabela 4 - Forma inclusiva <i>a gente</i>	99
Tabela 5 - Risco de Síndrome de Down.....	102
Tabela 6 - Formato da apresentação da relação beneficiário/a-benfeitor/a	109

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	9
1 INTRODUÇÃO	16
1.2 OBJETIVOS	18
1.2.1 Objetivo Geral	18
1.2.2 Objetivos Específicos	18
2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	20
2.1 ACONSELHAMENTO GENÉTICO.....	20
2.1.1 Análise do Cariótipo Fetal: Amniocentese e Cordocentese	23
2.1.2 Não Diretividade no Provimento de Informações aos/às Pacientes: a Questão da Neutralidade	27
2.2 RECOMENDAÇÕES MÉDICO/A-PACIENTE	28
2.2.1 O Processo de Tomada de Decisão e o Papel da Autonomia do/a Paciente ...	33
2.2.2 Subações da Ação de Recomendar	38
2.3 ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL GERAL DAS INTERAÇÕES MÉDICO/A-PACIENTE	40
2.4 DOMÍNIO DEONTICO.....	44
2.4.1 Autoridade Deontica	45
2.4.1.1 Autoridade Deontica Consentida e Resistida	48
2.5 DOMÍNIO EPISTÊMICO.....	50
2.5.1 <i>Status</i> Epistêmico	52
2.5.2 Posicionamento Epistêmico	54
3 METODOLOGIA	59
3.1 CONTEXTO DE PESQUISA E PARTICIPANTES	59
3.2 GERAÇÃO DOS DADOS	64
3.3 ANÁLISE DA CONVERSA	66
4 ANÁLISE DE DADOS	70
4.1 O FORMATO DAS RECOMENDAÇÕES EM SUA PRIMEIRA OCORRÊNCIA NA INTERAÇÃO	70
4.2 A ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL GERAL E O FORMATO DAS RECOMENDAÇÕES EM DUAS INTERAÇÕES MÉDICO-PACIENTE	80
4.2.1 Autoridade Deontica Resistida	81

4.2.1.1 Autoridade Deontica Resistida: Nível Macro de Análise.....	82
4.2.1.2 Autoridade Deontica Resistida: Nível Micro de Análise.....	95
4.2.1.2.1 <i>Formato de Apresentação de Riscos: a Minimização do Risco</i>	96
4.2.1.2.2 <i>Agentividade envolvida nos riscos</i>	97
4.2.2 Autoridade Deontica Consentida	101
4.2.2.1 Autoridade Deontica Consentida: Nível Macro de Análise	101
4.2.2.1 Autoridade Deontica Consentida: Nível Micro de Análise	109
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
5.1 PRINCIPAIS ACHADOS DA DISSERTAÇÃO.....	113
5.2 CONTRIBUIÇÃO TEÓRICA E APLICADA.....	119
5.3 DA TEORIA À PRÁTICA: É POSSÍVEL EXISTIR NEUTRALIDADE?.....	119
REFERÊNCIAS.....	122
APÊNDICE A – REGISTRO DE VISITA AO LOCAL PESQUISADO.....	131
ANEXO A – CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO	132
ANEXO B – EXCERTOS 9-10 (SEQUÊNCIA ANALISADA COMPLETA).....	133
ANEXO C – EXCERTO 14 (SEQUÊNCIA ANALISADA COMPLETA)	149

1 INTRODUÇÃO

O advento do movimento da Medicina cada vez mais centrada nos/as pacientes está relacionado à valorização do conhecimento, às perspectivas e à autonomia de decisão. Para tal decisão, o/a paciente precisa ser informado/a sobre a situação médica, as opções de tratamentos/exames existentes e possíveis de serem realizadas. A decisão a ser tomada, porém, depende de como as informações são formuladas e apresentadas por profissionais da saúde, visto que o conhecimento técnico não é, por vezes, de domínio dos/as pacientes. (KUKLA, 2007).

Esta dissertação recai sobre as recomendações, já que a forma com que elas são feitas pode contribuir para essa tomada de decisão. Em situações que concernem à saúde, tomar a decisão mais acertada é, por vezes, uma ação delicada, principalmente quando essa decisão pode apresentar riscos ao/a paciente. Em relação à prática do Aconselhamento Genético pré-natal, objeto de investigação interacional neste estudo, os riscos existentes geram incertezas e angústias à gestante (e familiares) no momento da tomada de decisão, visto que decisões a serem tomadas, por vezes, abarcam riscos à vida do feto. (CORRÊA; GUILAM, 2006).

Faz-se importante destacar que o processo de promoção de autonomia dos/as pacientes não se restringe a nenhuma área médica específica. Abrange todas as áreas da saúde, o que justifica a importância social da realização desta pesquisa, pois o estudo desenvolvido nesta dissertação de Mestrado (análise de consultas de Aconselhamento Genético) pode servir a todos os segmentos da saúde em que recomendações médicas e tomadas de decisões são práticas do dia a dia. No Brasil, há uma lacuna em estudos interacionais que observem as recomendações médicas e as tomadas de decisão advindas de recomendações na área da saúde no que se refere a interações naturalísticas - i.e., “[...] dados advindos de situações cotidianas e que acontecem (e aconteceriam) com ou sem a presença de um pesquisador” (OSTERMANN; MENEGHEL, 2012, p. 14) - em língua portuguesa, entre médico/a-paciente. A primeira coletânea de estudos de interações naturalísticas gravadas de atendimentos à saúde é apresentada em Ostermann e Meneghel (2012). Nessa obra, as autoras reúnem trabalhos que evidenciam ou não

práticas interacionais de humanização¹, mostrando como profissionais da saúde assumem ou deixam de assumir um papel colaborativo em atendimentos. Os trabalhos naquela obra, porém, não tratam de tomada de decisão de pacientes e recomendações médicas.

O contexto maior de pesquisa desta dissertação é um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado no sul do Brasil, que oferece consultas de Aconselhamento Genético (AG) a gestantes com gestações de médio e alto risco. Nesta pesquisa, são analisadas como são feitas as recomendações de determinados exames e como são tomadas as decisões por fazê-los ou não.

A perspectiva teórico-metodológica utilizada para realizar a análise de dados é a da Análise da Conversa (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974; CLIFT, 2016) de base etnometodológica, que investiga interações naturalísticas. A base etnometodológica consta em analisar essas interações sob a perspectiva dos/as próprios/as participantes – do que fizeram, disseram etc., de fato, nas interações; do que é socialmente disponibilizado por meio da fala-em-interação e ações não-verbais.

Os dados desta pesquisa advêm de 54 consultas de AG que foram gravadas em áudio e transcritas com base nas convenções propostas por Jefferson (1984). Como nosso foco analítico é analisar a sequência de recomendações médicas a pacientes e o processo de tomada de decisão, para a realização deste trabalho, utilizamos os 44 AGs que apresentam alguma recomendação médica (10 não apresentam recomendações). As interações ocorrem entre o geneticista Jefferson, nome fictício, pacientes gestantes e, por vezes, acompanhantes.

Pretende-se assim, a partir da discussão proposta nesta dissertação, preencher a lacuna existente em estudos interacionais na área da saúde no Brasil com interações naturalísticas em língua portuguesa entre médico/a-paciente que observem as recomendações médicas e as tomadas de decisão. Com isso em mente, além de cumprir o objetivo supracitado, tem-se o interesse em discutir em que medida há neutralidade na recomendação médica e como as autoridades epistêmica² e deontica³ emergem nas interações em que há decisões a serem

¹ O documento da Política Nacional de Humanização, proposta pelo Ministério da Saúde brasileiro, compreende o termo humanização como a valorização das pessoas envolvidas no processo de produção de saúde: usuários/as, trabalhadores/as e gestores/as. (BRASIL, 2004).

² Negociação em torno de quem possui direitos e obrigações de saber. (HERITAGE, 2012a).

tomadas. Ressaltamos, contudo, que ao se desenvolver uma pesquisa sob essa temática, não apenas os/as profissionais desse local em particular, mas toda uma classe profissional pode se beneficiar dos resultados. Esse tipo de análise pode contribuir para a formação de profissionais que atuam em áreas em que recomendar/tomar decisões é prática recorrente. Além disso, ressalta-se, novamente, a importância social desta pesquisa, visto que, conseqüentemente, os/as pacientes também serão beneficiados/as.

Este estudo insere-se em um projeto maior, coordenado pela Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann, chamado *A mobilização do saber e do fazer: episteme e deonticidade na fala-em-interação institucional e na conversa cotidiana*, bem como as interações aqui analisadas são parte desse mesmo projeto.

1.2 OBJETIVOS

A partir do tema definido para esta pesquisa, assim como a apresentação da justificativa, passamos a especificar em maior profundidade, os objetivos pretendidos com este trabalho.

1.2.1 Objetivo Geral

Esta dissertação tem como objetivo geral analisar de que forma é realizada a sequência de recomendações médicas a pacientes em consultas de aconselhamento genético e o processo de tomada de decisão.

1.2.2 Objetivos Específicos

Após traçado o objetivo geral, temos como objetivos específicos:

- a) por meio do aparato teórico-metodológico da Análise da Conversa (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974; CLIFT, 2016), verificar a sequencialidade da interação, observando, assim, como se dá a sequência de recomendações médicas em consultas de AG e o processo de tomada de decisão;

³ “Direito de determinar as ações futuras de outras pessoas”. (STEVANOVIC; PERÄKYLÄ, 2012, p. 297, tradução nossa).

- b) identificar a Organização Estrutural Geral (OEG) dos segmentos em que há decisões a serem tomadas (nível macro estrutural de análise das interações);
- c) descrever as fases das recomendações nas consultas analisadas;
- d) analisar as características linguístico-interacionais das sequências através das quais um médico geneticista⁴ recomenda a pacientes grávidas o exame de cariótipo fetal (nível microinteracional de análise);
- e) investigar, de uma perspectiva analítica interacional (SACKS, 1992), como (e se) a autoridade deôntica do profissional emerge nessas sequências, e sua relação com o domínio epistêmico dos/as participantes.

Com vistas a alcançar os objetivos elaborados a partir da análise de dados, esta dissertação está organizada em cinco capítulos, iniciando com a contextualização da pesquisa e o delineamento dos objetivos propostos. No segundo capítulo, procedemos aos pressupostos teóricos que permeiam os aspectos revelados pelos dados e revisão da literatura afim. Dessa forma, iniciaremos com a caracterização e panorama geral sobre Aconselhamento Genético. Nesse mesmo capítulo, abordaremos a prática da análise do cariótipo fetal e os procedimentos utilizados (amniocentese e cordocentese), e da questão da neutralidade associada às recomendações. Além disso, são abordados pressupostos teóricos referentes às recomendações médico/a-paciente, além do processo de tomada de decisão e o papel da autonomia do/a paciente, e as subações da ação de recomendar. Ainda, trataremos da OEG das interações médico/a-paciente, do Domínio Deôntico e do Domínio Epistêmico. O terceiro capítulo dedica-se à Metodologia utilizada nesta dissertação, à Análise da Conversa, ao contexto de pesquisa, aos participantes e à geração dos dados. O capítulo 4 é analítico. No primeiro momento, faz-se uma análise das recomendações realizadas em sua primeira ocorrência nas interações. A seguir, faremos a análise da OEG e do formato das recomendações médicas em dois níveis de análise: macro e micro. Por fim, no capítulo destinado às considerações finais, discutem-se os achados da dissertação e suas relevâncias teórica e prática.

⁴ À época da geração de dados, só havia no local um médico especialista da Genética, sendo ele do sexo masculino. Isso explica nosso uso do gênero gramatical masculino ao longo da escrita desta dissertação.

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Este capítulo discute o aporte teórico-metodológico utilizado para esta dissertação. Iniciamos com alguns estudos que tratam de Aconselhamento Genético, seguimos com uma breve descrição dos procedimentos *amniocentese* e *cordocentese* e a discussão da questão da neutralidade no contexto médico/a-paciente. Em seguida, apresentamos uma revisão de literatura sobre recomendações médico/a-paciente, a tomada de decisão e a autonomia do/a paciente, as subações da ação de recomendar, e a Organização Estrutural Geral das interações. Por fim, são abordados os domínios deontico e epistêmico, relevantes para posterior análise de dados.

2.1 ACONSELHAMENTO GENÉTICO

O Aconselhamento Genético (AG), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), objetiva um esclarecimento de ordem genética, que “[...] visa à prevenção de genótipos responsáveis por enfermidades e/ou defeitos congênitos, por meio da identificação prospectiva ou retrospectiva das uniões que sejam capazes de produzir tais alterações”. (GROSSI et al., 2009, p. 2736). Conforme Brunoni (2002), uma das definições de AG mais aceitas é a provida pela Sociedade Americana de Genética Humana¹ (EPSTEIN, 1975 apud BRUNONI, 2002, p. 1):

Trata-se do processo de comunicação que lida com problemas humanos associados com a ocorrência, ou risco de ocorrência, de uma doença genética em uma família, envolvendo a participação de uma ou mais pessoas treinadas para ajudar o indivíduo ou sua família a: 1) compreender os fatos médicos, incluindo o diagnóstico, provável curso da doença e as condutas disponíveis; 2) apreciar o modo como a hereditariedade contribui para a doença e o risco de recorrência para parentes específicos; 3) entender as alternativas para lidar com o risco de recorrência; 4) escolher o curso de ação que pareça apropriado em virtude do seu risco, objetivos familiares, padrões éticos e religiosos, atuando de acordo com essa decisão; 5) ajustar-se, da melhor maneira possível, à situação imposta pela ocorrência do distúrbio na família, bem como à perspectiva de recorrência do mesmo.

Segundo Epstein (1975), é como se a partir do AG os/as pacientes entendessem a razão pela qual estão sendo submetidos/as a diferentes tipos de exames e qual é a real situação da sua saúde. Dessa forma, a partir de uma

¹ “American Society of Human Genetics”.

consulta médica em que o/a paciente é encaminhado/a à consulta de AG, os exames complementares e procedimentos futuros devem ser explicados, assim como o significado e o alcance dos resultados já que “[...] o/a paciente e/ou família deve(m) ser esclarecido/a(s) e estimulado/a(s) a participar do processo”. (BRUNONI, 2002, p. 2).

No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Genética Médica (SBGM), há 68 locais que oferecem o serviço público de Genética Médica, conforme dados da Tabela 1:

Tabela 1 - Serviço público de genética médica no Brasil

ESTADO BRASILEIRO	Número de locais que oferecem o serviço público de Genética Médica
Acre	1
Alagoas	2
Amapá	-
Amazonas	4
Bahia	4
Ceará	5
Distrito Federal	3
Espírito Santo	3
Goiás	1
Maranhão	4
Mato Grosso	1
Mato Grosso do Sul	-
Minas Gerais	5
Pará	3
Paraíba	2
Paraná	4
Pernambuco	2
Piauí	-
Rio de Janeiro	5
Rio Grande do Norte	3
Rio Grande do Sul	5
Rondônia	-
Roraima	-
Santa Catarina	5
São Paulo	5
Sergipe	1
Tocantins	-
TOTAL	68

Fonte: Elaborada pela autora, com base em SBGM ([2017?]).

De acordo com Brunoni (2002), os serviços de AG no Brasil iniciaram seu desenvolvimento a partir dos anos 60 e 70 mas, infelizmente, ainda não estão disponíveis para a maioria dos/as pacientes e famílias que apresentam doenças genéticas. Tratando-se de locais que oferecem atendimento genético médico a pacientes pelo SUS na região Sul, dos 68 disponíveis no Brasil, quatro ficam no Paraná, cinco em Santa Catarina e cinco no Rio Grande do Sul, totalizando 14. Porém, não há dados sobre a especialidade do serviço genético oferecido.

Segundo Pinto (2002), no Brasil, apenas em 2001, foi implantado um Programa Nacional de Triagem Neo-Natal para diagnóstico, registro e assistência a defeitos congênitos e doenças genéticas. Corrêa e Guilam (2006, p. 2141) complementam que “[...] o aconselhamento genético pré-natal (foco deste estudo) no Brasil é praticado majoritariamente por médicos em um *setting* clínico tradicional”. Tendo em vista as perspectivas terapêuticas limitadas da medicina fetal, nesse caso, as consultas de AG pré-natal são marcadas por “[...] tensões e dilemas referidos à defasagem entre uma progressiva ampliação da realização de testes e exames diagnósticos cada vez mais potentes e o limitado espectro de possibilidades terapêuticas” (CORRÊA; GUILAM, 2006, p. 2141), o que, como será descrito ao longo desta dissertação, gera implicações profundas para os AGs.

Em torno de oitocentas mil mulheres engravidam no Reino Unido por ano e mais de quarenta mil delas são informadas de que há um risco de seu/sua bebê ter uma alteração genética fetal. (ENGLAND, 2017²). Naturalmente, essa informação causa grande ansiedade e incerteza. Nesses casos, as gestantes são encaminhadas para consultas de AG. Tratando-se do AG pré-natal, o objetivo, de acordo com Biesecker (2001), membra do Instituto Nacional de Pesquisa em Genética Humana dos Estados Unidos, é, para uma linha de pesquisadores/as, “[...] prevenir o nascimento do/a bebê com defeitos e malformações genéticas”, enquanto que, para outros/as, é “[...] ajudar as gestantes (e familiares) a lidar e se acostumar com a informação (de que o feto apresenta alguma desordem genética)”. (BIESECKER, 2001, p. 323³, tradução nossa). Sabe-se que em alguns estados nos Estados Unidos, assim como em torno de setenta e cinco por cento da população mundial (WOMEN ON WAVES, 2013), o abortamento é legal. Cabe ressaltar que a

² Sistema Nacional de Saúde (National Health Service do Reino Unido – NHS).

³ “[...] to prevent birth defects and genetic disorders”, “[...] helping genetic counselling clients cope with and adapt to genetic information”.

prática do aborto é permitida nos Estados Unidos caso haja malformação grave evidenciada através da análise do cariótipo fetal⁴. Já no Brasil, o abortamento, conforme o artigo 128 do Código Penal Brasileiro de 1940, não é uma prática que depende somente da decisão da gestante. (FREZZA, 2015). O aborto só é legal caso a gravidez seja resultante de um estupro, se não houver outro meio de salvar a vida da gestante, ou se o feto for portador de anencefalia comprovada por laudos independentes de dois/duas médicos/as.

Nesse contexto, a realização da análise do cariótipo fetal, no Brasil, é indicada principalmente para fins de:

[...] (1) antecipação do diagnóstico, que permite o preparo das mulheres e da instituição médica para a recepção de uma criança com malformação; (2) a amenização ou a prevenção de riscos genéticos em uma futura gestação, a partir do estudo detalhado do feto da gestação atual e do diagnóstico mais preciso possível daquela malformação. (CORRÊA; GUILAM, 2006, p. 2145).

Independentemente da decisão possível de ser tomada, o acompanhamento psicológico está previsto nas diretrizes do AG. A importância do acompanhamento psicológico concomitante às consultas de AG é enfatizada por Kallmann (1956). Além do/a médico/a geneticista, que tem formação em genética básica e treinamento nos procedimentos e intervenções sob sua responsabilidade, é necessário o atendimento de uma equipe psicossocial aos/às pacientes e familiares. O AG oferecido no local em que aconteceu a geração de nossos dados busca diagnosticar malformações genéticas fetais em gestantes. Para tanto, exames ecográficos são uma possibilidade de diagnóstico; porém, em situações em que um diagnóstico mais detalhado torna-se relevante, a análise do cariótipo fetal é recomendada. Os procedimentos mais indicados são a amniocentese e a cordocentese, ambos exames invasivos de punção. Na próxima subseção há uma breve descrição dos dois procedimentos.

2.1.1 Análise do Cariótipo Fetal: Amniocentese e Cordocentese

⁴ Vejam-se informações sobre o cariótipo fetal na subseção 2.1.1.

(PAI: progenitor / MED: médica / GES: gestante)

PAI: A amniocentese tem muitos riscos. Uma em cada um número significativa resulta em aborto espontâneo.

MED: Uma em trezentas.

PAI: Ela (a gestante) não tem quarenta e cinco anos, o índice de Down na sua idade não é alto.

(linhas omitidas)

GES: Eu quero fazer a amniocentese. Quero ter a informação, qualquer que seja. Não significa que mudará minha vida, mas quero. (NOT..., 2005, 10'45").

As consultas de AG no hospital em que gravamos as interações para este estudo têm duração de quinze a noventa minutos aproximadamente. Na maioria dessas consultas é recomendada a análise do cariótipo fetal a fim de diagnosticar malformações de natureza congênita. O cariótipo fetal representa “[...] as características cromossômicas das células do feto”. (WEBSTER, 2005, p. 383⁵, tradução nossa). Em função dessa recomendação, em grande parte do tempo da consulta, o médico geneticista explica às gestantes e seus/suas acompanhantes como é realizado o procedimento.

A coleta do material genético é realizada por meio de uma punção, que é um procedimento invasivo. De acordo com Kumar (2010), há muitos procedimentos diagnósticos e terapêuticos fetais, que são invasivos e que podem ser feitos durante a gestação, sendo que alguns são tecnicamente mais simples, com riscos mínimos, enquanto outros são procedimentos mais complexos, com taxas de complicação mais altas.

O procedimento mais comum que visa o diagnóstico pré-natal para posterior análise do cariótipo fetal é a amniocentese. A amniocentese consiste na “[...] introdução cirúrgica de uma agulha longa através da parede abdominal e no útero da gestante com o objetivo de retirar líquido amniótico para examinar os cromossomos fetais a fim de detectar anormalidades e para determinar o sexo”. (WEBSTER, 2005, p. 27⁶, tradução nossa).

⁵ “[...] the chromosomal characteristics of a cell”.

⁶ “[...] the surgical insertion of a hollow needle through the abdominal wall and into the uterus of a pregnant female to obtain amniotic fluid esp. to examine the fetal chromosomes for an abnormality and for the determination of sex”.

Figura 1 - Amniocentese

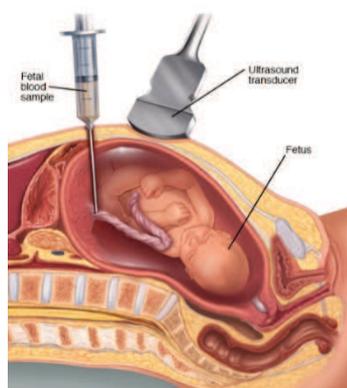


Fonte: Kumar (2010, p. 19).

A amniocentese é geralmente realizada após quinze semanas de gestação com o uso do equipamento de ultrassom para guiar a agulha, que não deve ter mais do que 0,9 milímetros de largura. O volume do líquido retirado depende da idade fetal e do motivo do exame. O procedimento é utilizado para detectar principalmente doenças congênitas, defeitos de tubo neural, idade gestacional e maturidade fetal pulmonar. Indica-se, principalmente, a mulheres acima de 35 anos devido à maior probabilidade de anormalidades cromossômicas fetais (síndrome de Palau e Edwards), além de tornar possível o estudo do DNA. (CAMPANA; CHÁVEZ; HAAS, 2003). Para cada semana de gestação, é aspirado 1 milímetro de líquido amniótico até o máximo de 20-22 milímetros, quantidade que é considerada suficiente para a maioria das investigações. (KUMAR, 2010).

Essa análise genética também pode ser feita com uma amostra do sangue fetal do cordão umbilical, por meio do procedimento cordocentese. A cordocentese também é um procedimento invasivo guiado pelo aparelho de ultrassom e realizado com uma agulha semelhante àquela utilizada na amniocentese. Além da avaliação do cariótipo fetal, a realização da cordocentese permite o diagnóstico de anemia, infecções e hemoglobinopatias fetais e é indicado a partir de 18 semanas de gestação. (SÁ et al., 2004).

Figura 2 - Cordocentese



Fonte: Mayo (2017).

Os dois procedimentos disponíveis no hospital em questão, amniocentese e cordocentese, oferecem um risco de perda fetal de 0,3% a 1,0%, segundo Tongsong et al. (2001). A recomendação desses procedimentos ocorre nas seguintes situações:

- a) gestante com mais de 34 anos;
- b) casal com um/a filho/a com anomalias cromossômicas ou malformações;
- c) casal com um/a filho/a ou parente próximo/a com deformidades do tubo neural (falhas da coluna vertebral e cérebro, incluindo espinha bífida e anencefalia);
- d) anomalia cromossômica estrutural do progenitor e/ou da progenitora;
- e) história familiar de doença genética diagnosticada;
- f) necessidade de determinar a maturação dos pulmões do/a bebê;
- g) existência de outros testes que identifiquem alguma anormalidade.

(RAMIREZ-MONTIEL et. al., 2017).

No caso desta pesquisa, os testes são recomendados pelo médico geneticista e está para a gestante decidir sobre a sua realização. Lembrando aqui da natureza *informativa* norteadora das consultas de AG, como citado anteriormente, para a tomada de decisão, AGs têm como princípio norteador que o/a profissional da saúde apresente ao/à paciente todas as informações disponíveis a respeito da questão médica envolvida sob o princípio da não-diretividade, de forma a promover a autonomia ou determinação própria e controle pessoal do/a paciente. A não diretividade no provimento de informações é abordada na próxima subseção.

2.1.2 Não Diretividade no Provimento de Informações aos/às Pacientes: a Questão da Neutralidade

Nos mais diversos contextos, a neutralidade da informação é defendida como a regra de ouro para a garantia da autonomia da decisão. (CORRÊA; GUILAM, 2006, p. 2145).

Em 1998 foi elaborado um documento pela OMS, Programa de Genética Humana, envolvendo 14 países. Nesse documento, a OMS declara dois elementos básicos do AG: a) o provimento de informações precisas, completas e imparciais para permitir que os indivíduos tomem suas próprias decisões; b) o estabelecimento de uma relação empática com um alto grau de compreensão para que as pessoas sejam ajudadas a trabalhar para tomar suas próprias decisões. (PINA-NETO, 2008, p.22⁷, tradução nossa).

Porém, ao tratar sobre a neutralidade das recomendações médicas em consultas de AG, cabe considerar o posicionamento e a opinião dos/as pacientes em relação a essa questão. Vech et al. (1999), em seu estudo exploratório sobre as percepções dos/as pacientes em relação ao impacto das consultas de AG, verificaram que os/as pacientes citam o provimento das informações e a ajuda do/a profissional na tomada de decisão (decisão compartilhada) como os aspectos mais positivos das consultas. Nessa mesma concepção, proveniente do estudo de Corrêa e Guilam (2006), realizado em um serviço de genética pré-natal, citamos o seguinte trecho de uma consulta em que a médica, após explicar os riscos e os testes a uma paciente de 35 anos, pergunta:

‘Quer que eu te encaminhe para fazer o teste triplo?’, obtendo como resposta *‘se a senhora acha necessário...’*. A médica explica novamente os riscos relativos à idade materna e repete a mesma pergunta à qual a mulher responde: *‘Eu acho que não preciso, mas o que a senhora acha, doutora?’*. Médica: *‘Quem tem que decidir é você. Eu deixo o pedido e você vê’*. (CORRÊA; GUILAM, 2006, p. 2146, grifo do autor).

Segundo as autoras, essa interação exemplifica uma reação comum dos/as pacientes às recomendações realizadas em consultas de AG. Uma possível razão seria o fato de o AG ser exercido por médicos/as, e, por esse motivo, ser entendido

⁷ “a) the provision of precise, complete and unbiased information to allow individuals to take their own decisions; b) establishment of an empathetic relationship with a high degree of understanding, so that people are helped to work towards taking their own decisions”.

pelos/as pacientes como um ato médico, ou seja, um procedimento padrão e não uma possibilidade de recusa e/ou negociação. Sendo assim, a cultural valorização da autoridade do/a médico/a pelos/as pacientes revela-se nas interações médico/a-paciente em que há recomendações.

2.2 RECOMENDAÇÕES MÉDICO/A-PACIENTE

Inicialmente, é necessário diferenciar *recomendar* de *prescrever*. Segundo Andrade (2016, f. 31), baseada na Teoria Moral de Vásquez (2000), “[...] *recomendar* está associada a condutas suprarrogatórias e *prescrever* a condutas obrigatórias”. De acordo com essa Teoria, se o/a médico/a, por exemplo, fizer uma recomendação a um/a paciente e essa recomendação for seguida, o/a paciente será elogiado/a em sua próxima consulta por sua conduta, caso contrário, o fato será tratado como indiferente. Um exemplo de recomendação a pacientes é a exposição ao sol apenas em determinados horários e o uso de protetor solar diariamente. Contudo, se esse/a mesmo/a profissional prescrever a esse/a paciente algo relacionado à sua saúde e o/a paciente não cumprir essa prescrição, a conduta do/a paciente será condenada pelo/a médico/a, ou seja, será passível de censura. (ANDRADE, 2016). A prescrição de medicamentos é um exemplo corriqueiro, porém bons hábitos de saúde também podem ser prescritos.

A recomendação de tratamentos em interações médico/a-paciente e a consequente tomada de decisão tem sido estudada em diversos contextos clínicos, como a pediatria (STIVERS, 2007); clínica geral (KOENIG, 2011; STIVERS; BARNES, 2017; IJÄS-KALLIO; RUUSUVUORI; PERÄKYLÄ, 2011); oncologia (COLLINS et al., 2005; COSTELLO; ROBERT, 2001; PILNICK, 2008; QUIRCK et al., 2011; TOERIEN; SHAW; REUBER, 2013); psiquiatria (BOLDEN; ANGELL, 2017; THOMPSON; MCCABE, 2017; KUSHIDA; YAMAKAWA, 2015); e neurologia (TOERIEN, 2017). No estudo de Stivers e Barnes (2017), as autoras analisam sete aspectos nas sequências de recomendação de medicamentos, conforme o Quadro 1:

Quadro 1 - Recomendação de medicamentos

1	As principais ações sociais confiadas aos/às médicos/as diferem amplamente em razão de quem é tratado/a como o/a responsável pela realização da recomendação e quem é tratado/a como o/a responsável pela tomada de decisão. Além disso, outro fator determinante da ação é a forma como a recomendação é enfatizada, se informada como opcional ou como único próximo passo a ser realizado.
2	As recomendações são realizadas com diferentes graus de endosso (fortes ou fracos);
3	A existência da possibilidade de escolhas múltiplas de medicamentos é (ou não) apresentada através das recomendações aos/às pacientes.
4	A referência ao que está sendo recomendado ocorre de diferentes formas: nome do medicamento, classe do medicamento, referência pronominal, ou referência genérica.
5	As recomendações médicas, por vezes, são realizadas utilizando o termo <i>nós/a gente</i> (<i>we, us</i>), o que pode ser uma indicação de parceria com o/a paciente.
6	O momento para que o/a paciente possa responder à recomendação nem sempre existe na interação.
7	O/A paciente responde à recomendação de formas diferentes: consentindo (oralmente ou corporalmente), resistindo ou sem expressão alguma (oral ou corporal).

Fonte: Elaborado pela autora.

Outro estudo interacional sobre recomendações é o de Kushida e Yamakawa (2015), em que são analisadas consultas psiquiátricas ambulatoriais em andamento no Japão. Nesse estudo, são identificados dois formatos de turno para recomendar um tratamento: (1) a forma inclusiva *nós/a gente* (*we*) na expressão *vamos... (let's...)*; e (2) a avaliação declarativa: *seria melhor... (it might be better...)*. De acordo com a análise realizada por Kushida e Yamakawa (2015), a forma inclusiva *nós/a gente*, também destacada por Stivers e Barnes (2017) como uma referência de parceria entre médico/a e paciente, é utilizada previamente ao momento disponibilizado ao/à paciente tomar a decisão referente à recomendação. Segundo Kushida e Yamakawa (2015), ao utilizar a forma inclusiva *nós/a gente*, a recomendação é imediatamente aceita pelo/a paciente, na maioria dos casos, como acontece na interação seguinte.

EXCERTO 1: Transtorno de ajuste

88 D: chotto kaete mi mashoo.
 a.bit change try AUX
 .hhhhh (0.3) let's stop Invega and, ((P: Uh huh))
 .hhhhh (0.3) vamos parar o Invega e, ((P: Uh huh))
 uh::m change back((P: Uh huh)) to Abilify.
 uh::m voltar ((P: Uh huh)) para o Abilify.

89 P: a wakari mashita.
 Okay.
 Oquei.

Fonte: Kushida e Yamakawa (2015, p. 534, tradução nossa)

No Excerto 1, o/a médico/a psiquiatra propõe substituir o anti-psicótico Invega por outro, Abilify, e demonstra sua orientação para essa mudança ao utilizar o termo “vamos” (mashoo / let's – linha 88). O/A paciente aceita imediatamente a recomendação, e a sequência de tomada de decisão é completada. Por um lado, os autores asseveram que essa forma é reconhecida como uma proposta na medida em que apresenta o tratamento candidato como futura atividade conjunta.

Por outro lado, em conformidade com Kushida e Yamakawa (2015), a avaliação declarativa é utilizada para recomendar um tratamento cauteloso quando o contexto sequencial ainda não está pronto para a tomada de decisão. Ou seja, pela sequencialidade da interação, observa-se que ainda não é o momento do/a paciente tomar sua decisão. Em razão do formato gramatical utilizado, a principal ação implementada pela avaliação declarativa é a de informar uma avaliação de um tratamento possível. Visto que a avaliação é feita por um/a especialista da área da saúde, uma pessoa leiga pode não ter conhecimento suficiente para fazer uma avaliação. (KUKLA, 2007; PERÄKYLÄ, 1998).

Além de alertar sobre os riscos e explicar os benefícios das opções de tratamento e exames existentes, o/a profissional da saúde pode fazer parte da decisão, juntamente com o/a paciente, o que caracteriza uma decisão

compartilhada. Charles, Gafni e Whelan (1997, p. 682⁸, tradução nossa) definem decisão compartilhada⁹ como

[...] um mecanismo para diminuir a assimetria informacional e de poder entre médicos/as e pacientes, aumentando a informação dos/as pacientes, o senso de autonomia e/ou o controle sobre as decisões de tratamento que afetam seu bem-estar.

Além disso, uma avaliação declarativa pode ser entendida pelo/a paciente apenas como um anúncio de notícias e não como uma recomendação propriamente dita. Sendo assim, o/a paciente responde ao que foi recomendado apenas com um recibo de informação, e não com um aceite ou uma recusa.

Ainda considerando a realização de recomendações em contexto médico/a-paciente, Collins et al. (2005) classificam as decisões às recomendações como unilaterais ou bilaterais. Unilaterais para se referir ao formato das recomendações que tornam relevante apenas o aceite dos/as pacientes, ao invés de sua contribuição em relação à decisão. Já as bilaterais são negociadas, visto que o/a profissional da saúde encoraja a contribuição do/a paciente. Essa negociação ocorre entre quem possui direitos e obrigações de saber (direitos esses do domínio epistêmico¹⁰) e direitos de determinar o que os/as pacientes devem fazer, que tratamento/procedimento realizar (direitos esses relativos ao domínio deontico¹¹). (COLLINS et al., 2005). Em outras palavras, na abordagem unilateral, o/a médico/a conduz de forma autônoma o processo de tomada de decisão, enquanto que na abordagem bilateral, as opiniões e contribuições do/a paciente são solicitadas e há *um refinamento do foco*¹² (PILNICK; ZAYTS, 2015) a partir das respostas providas pelo/a paciente.

O/A médico/a, ao adotar uma conduta bilateral, considera a vida do/a paciente, suas experiências e suas preferências, enquanto que o/a profissional com uma conduta unilateral generaliza o atendimento, sem considerar as perspectivas dos/as pacientes. Em suma, os/médicos/as ao levar em consideração (ou não) a vida do/a paciente e suas experiências, acabam por conduzir, conseqüentemente, a

⁸ “Shared decision-making is seen as a mechanism to decrease the informational and power asymmetry between doctors and patients by increasing patients' information, sense of autonomy and/or control over treatment decisions that affect their well-being”.

⁹ Veja-se subseção 2.2.1: O processo de tomada de decisão e o papel da autonomia do/a paciente.

¹⁰ Veja-se seção 2.5: Domínio Epistêmico.

¹¹ Veja-se seção 2.4: Domínio Deontico.

¹² “A sharpening of focus”.

fase da recomendação uni ou bilateralmente. Esse argumento sobre abordagens uni ou bilaterais é corroborado por Ijäs-kallio, Ruusuvoori e Peräkylä (2011), que defendem que

[...] em relação a opções de tratamento, abordagens bilaterais contrabalanceiam as opções médicas com as perspectivas dos/as pacientes, enquanto que condutas mais unilaterais focam somente nas opções médicas. Por fim, em abordagens bilaterais, médicos/as terminam a fase de tomada de decisão convidando o/a paciente a refletir sobre as opções de tratamento. (p. 146¹³, tradução nossa).

A questão do conhecimento pode ter relação com uni e bilateridade da tomada de decisão. Há uma lacuna comunicacional entre médicos/as e pacientes, visto que os/as profissionais detêm o conhecimento técnico médico e os/as pacientes não necessariamente. Segundo Parsons (1951), essa lacuna pode ser superada através da institucionalização das expectativas dos/as pacientes, em um momento em que eles/as submetem-se à autoridade do/a médico/a. Em outras palavras, a fim de preencher essa lacuna comunicacional, almeja-se que os/as pacientes exponham suas expectativas ao/à profissional e que este/a as considere e as avalie por ter maior autoridade e domínio epistêmico sobre o assunto.

Considerando o argumento de Collins et al. (2005), que classificam as decisões às recomendações em unilaterais e bilaterais, se o/a profissional considerar as expectativas do/a paciente e suas contribuições no momento da tomada de decisão, caracterizando a decisão à recomendação como bilateral, essa lacuna comunicacional será, de certa forma, preenchida. Em relação às decisões dos/as médicos/as tomadas unilateralmente, Ijäs-Kallio, Ruusuvoori e Peräkylä (2011) sugerem que os/as pacientes tenham meios de desafiá-las. Entende-se *desafiar* como resistir ao que for recomendado. O/A paciente pode resistir a uma recomendação oralmente e/ou corporalmente, ou ainda, segundo Stivers (2005a) com uma hesitação, silêncio ou intervalo de tempo, o que caracteriza uma resistência passiva. Porém, em determinados casos, o/a paciente aumenta sua resistência¹⁴, questionando as recomendações médicas e solicitando tratamentos e/ou procedimentos alternativos para que possa tomar sua decisão. (STIVERS,

¹³ “[...] discussing about treatment options, bilateral approaches counterbalance the medical options with the patient’s perspective whereas more unilateral conduct focuses on the medical options only. Finally, within the bilateral approaches doctors terminate the decision making phase by inviting the patient to reflect on the treatment option”.

¹⁴ “Upgrade his/her resistance”.

2005a). Considerando a tomada de decisão, as próximas subseções dedicam-se à autonomia do/a paciente e à subdivisão de ações abarcadas pela recomendação.

2.2.1 O Processo de Tomada de Decisão e o Papel da Autonomia do/a Paciente

Em seu estudo envolvendo as respostas dos/as pacientes às recomendações de tratamento em consultas de cuidados primários de infecção respiratória na Finlândia, Ijäs-Kallio, Ruusuvuori e Peräkylä (2011) argumentam, com base em estudo empírico, que a postura do/a profissional, bem como a orientação do olhar, são indicadores que determinam se o/a profissional deseja (ou não) que o/a paciente contribua na decisão. No estudo conduzido por esses autores, há profissionais que se orientam para a tela do computador ao revelar sua decisão em relação ao tratamento a ser seguido. Ijäs-Kallio, Ruusuvuori e Peräkylä (2011) concluem que esse desvio de olhar dos/as profissionais evidencia que o/a médico/a opta por não ter o engajamento do/a paciente na decisão, sendo relevante apenas a aceitação da recomendação feita pelo/a profissional. Nesse mesmo estudo, a maioria dos/as pacientes demonstra estar alinhada ao que é proposto pelo/a médico/a, aceitando e concordando com ele/a. Outros/as, porém, iniciam uma negociação a respeito do que foi recomendado, postergando sua decisão ou resistindo ao que foi sugerido, com marcas de despreferência¹⁵, como o silêncio e respostas mínimas¹⁶ (POMERANTZ, 1984a), oportunizando que o/a profissional sugira uma recomendação alternativa.

Faz-se importante destacar que não depende exclusivamente do/a profissional da saúde engajar o/a paciente na participação da decisão pelo tratamento. “Os/As pacientes podem utilizar o tempo depois da comunicação da decisão para comentar sobre os aspectos da decisão e contribuir para o resultado do processo de tomada de decisão”. (IJÄS-KALLIO; RUUSUVUORI; PERÄKYLÄ, 2011, p. 154¹⁷, tradução nossa).

¹⁵ “O formato despreferido caracteriza aquelas ações que são produzidas de forma mais alongada, com atrasos, hesitações, justificativas (e.g. declinar um convite produzindo algo como “Poxa. Logo hoje. Sabe o que é? É que hoje eu já tinha marcado de fazer um exame lá no centro”). (OSTERMANN; SOUZA, 2012, p. 163).

¹⁶ “Minimal responses”.

¹⁷ “The patients are able to use the slot after the decision delivery to comment upon the aspects of the decision and to contribute to the outcome of the decision making process”.

Um exemplo de orientação ao/à paciente para escolher a melhor opção de tratamento, ao invés de uma abordagem sob pressão, é encontrado no estudo de Kushida e Yamakawa (2015). Nesse estudo, os/as psiquiatras analisados/as adotam uma conduta inclusiva à contribuição dos/as pacientes no momento da tomada de decisão pós recomendações. Essa conduta inclusiva, considerando o conhecimento e a autonomia de decisão do/a paciente é chamada de modelo de tomada de decisão conjunta ou compartilhada¹⁸. (CHARLES; GAFNI; WHELAN, 1997). De acordo com estes autores, um modelo de tomada de decisão compartilhada¹⁹ reconhece que os/as pacientes têm uma contribuição relevante, proveniente de sua experiência pessoal, que está além do domínio do/a profissional. Além disso, segundo Emanuel e Emanuel (1992), a tomada de decisão compartilhada é uma forma de diminuir a assimetria de conhecimento e de poder entre médicos/as e pacientes ao aumentar o provimento das informações ao/à paciente, seu senso de autonomia e controle em relação às decisões que afetam sua autoestima.

Charles, Gafni e Whelan (1997, p. 685-688²⁰, tradução nossa) identificam quatro características de uma decisão compartilhada:

(1) a tomada de decisão compartilhada envolve pelo menos dois/duas participantes – o/a médico/a e o/a paciente; (2) ambas as partes (médicos/as e pacientes) orientam-se para participar do processo de tomada de decisão sobre determinado tratamento; (3) o compartilhamento de informações é um pré-requisito para a tomada de decisões compartilhadas; e (4) uma decisão sobre tratamentos é tomada e ambas as partes concordam com a decisão.

Ainda em relação à tomada de decisão compartilhada, Pilnick e Zayts (2015, p. 2²¹, tradução nossa) destacam que esse modelo de tomada de decisão caracteriza “[...] um processo em que um/a prestador/a de serviços da saúde comunica ao/à paciente informações personalizadas, resultados, probabilidades e incertezas sobre as opções disponíveis, e um/a paciente comunica valores e a importância dos benefícios e riscos”. As autoras sugerem que confiabilidade, qualidade da

¹⁸ “Shared decision-making model”.

¹⁹ Optamos por utilizar o termo *decisão compartilhada* e não *decisão conjunta* ao longo do trabalho.

²⁰ “(1) shared decision-making involves at least two participants – the physician and the patient; (2) both parties (physicians and patients) take steps to participate in the process of treatment decision-making; (3) information sharing is a prerequisite to shared decision-making; and, (4) a treatment decision is made and both parties agree to the decision”.

²¹ “[...] a process by which a healthcare provider communicates to the patient personalised information about options, outcomes, probabilities and uncertainties of available options, and a patient communicates values and the importance of benefits and harms (FIMD, 2006) and suggest that trustworthiness, information quality and communication are key components in achieving this end”.

informação e comunicação são componentes essenciais para alcançar esse objetivo.

O modelo de tomada de decisão compartilhada, que tem sido cada vez mais considerado o mais recomendado no processo de tomada de decisão (LAND; PARRY; SEYMOUR, 2017), difere-se do modelo tradicional (médico/a como protagonista da tomada de decisão) e do modelo de tomada de decisão informada (em que o/a profissional informa ao/à paciente a respeito dos tratamentos, mas não participa da tomada de decisão). Nas palavras de Charles, Gafni e Whelan (1997, p. 689²², tradução nossa), a abordagem de tomada de decisão compartilhada

[...] oferece uma escolha de potencial mediano de tomada de decisão de tratamento entre dois polos extremos. De um lado, o modelo paternalístico é caracterizado pela dominância do/a médico/a no processo de tomada de decisão. Do outro lado, o modelo de tomada de decisão informada parece limitar o papel do/a médico/a à uma transferência de informações, aumentando a capacidade do/a paciente para se envolver em tomada de decisão autônoma com o controle final, mas também com a responsabilidade pela escolha do tratamento.

Contudo, sabe-se que, paralelo ao fato da autonomia do/a paciente estar recebendo destaque proeminente (LANDMARK; GULBRANDSEN; SVENNEVIG, 2015), muitos/as pacientes ainda não se sentem preparados/as para controlar a tomada de decisão. Nesse caso, a autonomia de decisão e a autoridade associada para determinar a futura ação podem ser compreendidas, segundo Pilnick e Zayts (2015), como um *fardo* (*burden*) e não como empoderamento, visto que a autonomia do/a paciente representa não apenas a tomada de decisão em si, mas a responsabilidade que ela abarca.

Outro fator analisado por Bergen et al. (2017) relacionado à tomada de decisão de pacientes advindas de recomendações médicas é o fator cultural. Em seu estudo, os autores objetivam comparar como pacientes ingleses/as e americanos/as respondem a recomendações de tratamento a fim de investigar que função a comunicação médico/a-paciente desempenha na prescrição de discrepâncias entre os Estados Unidos e a Inglaterra. Em seus achados, os/as pacientes americanos/as apresentam uma taxa mais elevada de resistência às

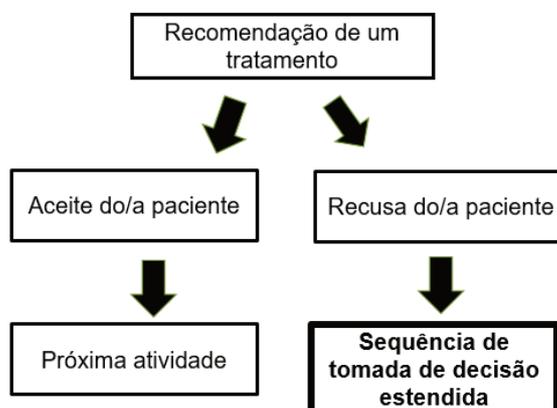
²² “[...] offers a potential middle choice of treatment decision-making models between two polar extremes. On the one hand, the paternalistic model is characterized by physician dominance of the decision-making process. On the other hand, the informed-decision making model seems to limit the role of the physician to one of transferring information, enhancing the patient’s ability to engage in autonomous decision-making with ultimate control but also responsibility for the treatment choice”.

recomendações de tratamentos não prescritivos, ao passo que os/as pacientes ingleses/as apresentam uma alta taxa de resistência em todos os contextos envolvendo medicação. A questão cultural emerge também na forma com que a resistência ocorre e é justificada pelas estatísticas (BERGEN et al., 2017, p. 1-6²³, tradução nossa):

Pacientes ingleses/as tipicamente tratam essa base de resistência como rotineira e não problemática, enquanto que os/as pacientes americanos/as tratam essa base de resistência como justificáveis e reservadas para situações excepcionais. [...] Os Estados Unidos têm as maiores taxas de utilização de medicamentos prescritos e gastos em todo o mundo (SQUIRES, 2011), consumindo 80% do suprimento global de *opioids*. (NOWAK; NADER; STETTIN, 2014). [...] Comparativamente a outros países de alta renda, a Inglaterra tem taxas de utilização e gastos com medicamentos prescritos abaixo da média (SQUIRES, 2011) mesmo obtendo classificações altíssimas concernentes à qualidade geral e eficácia dos cuidados prestados. (DAVIS et al., 2014).

A resistência dos/as pacientes a determinada recomendação pode ser uma forma de iniciação de negociação. Landmark; Gulbrandsen e Svennevig (2015) examinam a trajetória de recomendações representada na Figura 3:

Figura 3 - Duas trajetórias das sequências de recomendação de tratamento



Fonte: Adaptada de Landmark; Gulbrandsen e Svennevig (2015, p. 2)

²³“English patients typically treat this basis of resistance as routine and non-problematic, whereas U.S. patients treat this basis for resistance as accountable and reserved for exceptional situations. [...] The United States has the highest rates of prescription drug utilization and spending worldwide (SQUIRES, 2011), consuming 80% of the global supply of opioids (NOWAK; NADER; STETTIN, 2014). [...] Relative to other high-income countries, England has below-average rates of prescription drug utilization and spending (SQUIRES, 2011) yt has consistently scored top ratings in overall quality and effectiveness of care provided (DAVIS et al., 2014).”

Ou seja, segundo os autores, por um lado, quando há uma recomendação única e há a aprovação do/a paciente, dá-se por encerrada a fase de recomendação e a consulta segue. Por outro lado, caso haja a recusa do/a paciente à recomendação feita pelo/a médico/a, a sequência interacional da fase da recomendação continua com reformulações da proposta. Nesse processo de recomendação, Toerien, Shaw e Reuber (2013) identificam duas práticas recorrentes no contexto médico/a-paciente: (1) a recomendação de um curso de ação em particular, e (2) uma lista de opções²⁴, que representa opções possíveis dentre as quais é necessário fazer uma escolha. Na segunda prática, a informação torna-se fundamental, visto que profissional e paciente têm acesso epistêmico²⁵ diferente sobre o domínio de recomendação de tratamentos. Ainda, a apresentação de apenas uma opção, sob a análise de Toerien, Shaw e Reuber (2013, p. 886²⁶, tradução nossa), “[...] pode criar um cenário que não dá aos/às pacientes muito ‘lugar para manobras’, sendo que uma única opção é apresentada, mas várias razões diferentes são utilizadas para justificá-la”.

Em relação à prática do AG pré-natal, nosso foco de estudo, e de Corrêa e Guilam (2006, p. 2142), “[...] a tomada de decisão gera angústias e interrogações na mulher que deverá decidir pela aceitação (ou não) de exames com pouca resolutividade em termos de tratamento”. As autoras seguem dizendo que a opção de não se submeter a um exame ou teste pré-natal pode ser uma opção difícil para a mulher grávida. “Se por um lado, a aplicação da tecnologia de diagnóstico pré-natal representa uma possibilidade de abuso da autoridade médica, por outro, o acesso a cuidados médicos pode constituir um bem social, um direito do indivíduo”. (CORRÊA; GUILAM, 2006, p. 2143).

Cabe ressaltar que as recomendações abrangem não apenas o âmbito da autoridade deontica²⁷ dos/as participantes, como citado anteriormente, mas a autoridade epistêmica. A recomendação médica pode ser identificada não somente pela representação diferente de formulações e escolhas lexicais, mas por ações sociais distintas: “[...] pronunciamentos, sugestões, propostas, ofertas ou asserções,

²⁴“Option listing”.

²⁵ O termo “epistêmico” refere-se à conhecimento.

²⁶ “[...] can create a scenario which does not give patients much ‘room for manoeuvre’, and only a single option is on the table here, though various different rationales are used to justify it”.

²⁷ A autoridade deontica é definida por Stevanovic e Peräkylä (2012, p. 297²⁷, tradução nossa) como o “[...] direito de determinar as ações futuras de outras pessoas”, conforme menção anterior.

variando o grau de autoridade deôntica para decidir e recomendar aos/às pacientes”. (THOMPSON; MCCABE, 2017, p. 2).

2.2.2 Subações da Ação de Recomendar

Stivers et al. (2017) asseveram que é possível especular-se que a ação desempenhada pela recomendação possa estar associada ao fato de haver ou não uma resposta do/a paciente à recomendação, e se essa resposta se caracterizar por um aceite, uma resistência ou um recibo de informação. Um dos estudos que objetiva analisar as formas mais comuns que os/as médicos/as utilizam para recomendar tratamentos é realizado por Stivers et al. (2017) nos Estados Unidos e no Reino Unido. Além disso, os/as autores/as buscam identificar que condições são causadas pela recomendação de um tratamento em particular, e se as ações realizadas na recomendação estão associadas à decisão do/a paciente, comparando similaridades e diferenças entre os casos britânico e norte-americano.

No estudo acima mencionado, Stivers et al. (2017) distinguem cinco ações de recomendação de tratamento: pronunciamentos, sugestões, propostas, ofertas e asserções. Os/As autores/as verificam nos dados gerados nos Estados Unidos e Reino Unido, e, analisados por eles/as, que os/as pacientes tendem a responder menos a sugestões, propostas, ofertas e asserções, e mais a pronunciamentos. A classificação dos/as autores/as supramencionados/as abarca as diferentes ações das recomendações da seguinte forma:

Quadro 2 - Subações da recomendação

Ação	Definição	Casos frequentes	Formato
Pronunciamento	Recomendação realizada como já determinada e que não busca por aceitação (do/a paciente), mas, no entanto, geralmente a recebe.	Medicação prescrita; medicação anti-infecciosa; tratamentos de doenças agudas (não crônicas).	Médico/a afirma a recomendação; trata a decisão como já determinada e realiza a recomendação de forma que o/a paciente não tenha escolha.
Sugestão	Recomendação realizada de forma que a decisão fica largamente nas mãos do/a paciente.	Medicação sem receita médica.	A recomendação é realizada como completamente opcional.
Proposta	Recomendação	Recomendação	A recomendação

	realizada de forma a convidar especificamente o/a paciente à esforçar-se para colaborar.	especulativa normalmente no diagnóstico, tratamento ou incerteza etiológica.	combina uma orientação para a decisão final ainda não tomada, carente da colaboração do/a paciente.
Oferta	Recomendação que demonstra a vontade do/a médico/a de prescrever, porém implica que a agentividade do/a paciente seja a força motriz por trás da recomendação.	Não há situações específicas citadas.	O/A médico/a abdica da sua responsabilidade deontológica para que a solução para o problema do/a paciente seja apresentada como um produto da agentividade do/a paciente.
Asserção	Através da asserção de generalizações sobre o benefício do tratamento, resulta em uma recomendação sem o uso de diretivos.	Geralmente utilizada quando os/as pacientes demonstram-se resistentes a algo relacionado ao tratamento ou tenham indicado um desejo ou expectativa alternativa.	Tipicamente, a recomendação envolve generalizações sobre o tratamento de doenças.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Stivers et al. (2017, p. 2-9).

Stivers et al. (2017) observam que os pronunciamentos são a forma mais comum de realização da recomendação, tanto nos Estados Unidos (65%), quanto no Reino Unido (29%), enquanto que as sugestões atingem 24% e 21%; as propostas, 4% e 16%; as ofertas 5% e 15%; e, finalmente, as asserções, 5% e 16%, respectivamente. Conforme supramencionado, Thompson e McCabe (2017), que investigam a recomendação de tratamentos psiquiátricos, também identificam subações da ação de recomendar em seu estudo. De acordo com a análise dos dados realizada pelos autores, o caso mais frequente de recomendação ocorre no formato de propostas (30%), seguido por sugestões (30%), pronunciamentos (25%) e, por fim, ofertas (14%), o que os difere dos resultados alcançados por Stivers et al. (2017).

Finalmente, tratando-se da tomada de decisão, Freidson (1961) afirma que as perspectivas médicas dominam as consultas em relação às perspectivas dos/as pacientes. Porém, atualmente, os/as pacientes têm participado mais ativamente das consultas, buscando saber mais e expondo suas expectativas quanto à situação em

particular. Ijäs-Kallio, Ruusu vuori e Peräkylä (2011, p. 153²⁸, tradução nossa) afirmam que “[...] os/as pacientes orientam-se para seus direitos de participar da tomada de decisão mesmo que o/a médico/a não projete particularmente essa contribuição na entrega da decisão unilateral prévia”. Stivers et al. (2017, p. 1²⁹, tradução nossa) alinham-se aos autores supramencionados afirmando que

Embora os/as médicos/as geralmente progridam para a recomendação do tratamento sem o reconhecimento por parte do/a paciente/responsável do diagnóstico, eles/as raramente progridem para o fechamento da consulta sem a aceitação aberta da recomendação de tratamento. (STIVERS, 2005c). Em vez disso, se um/a paciente/responsável não aceitar uma recomendação, o/a médico/a normalmente busca a aceitação reiterando o tratamento, justificando ou mesmo modificando-o.

A modificação, citada por Stivers et al. (2017), refere-se às diferentes ações sociais, pronunciamentos, sugestões, propostas, ofertas e asserções. Cada uma delas está relacionada a direitos de saber (domínio epistêmico) e de fazer (domínio deontico) distintos e ocorrem de forma organizada ao longo da interação.

Na próxima sessão, abordamos o tópico da Organização Estrutural Geral (OEG) das interações médico/a-paciente, a fim de analisar não apenas a questão estrutural da organização das interações, mas também caracterizar o contexto institucional, foco deste estudo.

2.3 ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL GERAL DAS INTERAÇÕES MÉDICO/A-PACIENTE

Conforme a seção 3.3³⁰ deste estudo, a fala-em-interação é extremamente organizada, tanto em contextos mundanos, quanto em contextos institucionais. Drew e Heritage (1992) tratam de interações institucionais no que diz respeito a como elas diferenciam-se das interações mundanas e como elas constituem-se, sob a perspectiva da Análise da Conversa (AC). As interações institucionais podem ser realizadas face a face, pelo telefone ou pela *internet* e não se restringem a um

²⁸“Patients orient to their rights to participate in the decision making extensively even though the doctor would not have particularly projected such a contribution in the just prior unilateral decision delivery”.

²⁹“Although physicians typically progress to the treatment recommendation without patient/parent acknowledgement of the diagnosis, they rarely progress to closing the visit without overt acceptance of the treatment recommendation. (STIVERS, 2005c). Instead, if a patient/parent fails to accept a recommendation, the physician typically pursues acceptance through restating the treatment, accounting for it, or even modifying it”.

³⁰ Análise da Conversa

espaço institucional, como tribunais, consultórios médicos e empresas, visto que a institucionalidade não é determinada pelo local onde a interação acontece. Dessa forma, essas interações ocorrem também em ambientes não-institucionais, como em casa, por exemplo. O Quadro 3 mostra as características da fala institucional, sintetizadas e exemplificadas por Heritage (2005):

Quadro 3 - Características da fala institucional

Exemplo	Características
cerimônia de casamento tradicional	<p>A interação envolve objetivos vinculados às identidades relevantes da instituição.</p> <p>Ex.: Objetivo: Casar-se. Identidades: Noivos/as, representante religioso/a, apoiadores/as, convidados/as.</p>
	<p>A interação envolve restrições especiais sobre o que é uma contribuição permitida para o que está sendo negociado.</p> <p>Ex.: Os/As participantes devem agir na cerimônia de casamento conforme escrito. Não é permitido mudar o <i>script</i>.</p>
	<p>A interação envolverá inferências especiais que são específicas para contextos específicos.</p> <p>Ex.: Aderir à cerimônia caracteriza <i>casar-se</i>. Participar garante inferências sobre as atitudes dos/as participantes para a cerimônia de casamento, até os/as próprios/as participantes casarem-se e/ou poder anular completamente a cerimônia.</p>

Fonte: Adaptada de Heritage (2005, p. 106).

Há diferenças entre os objetivos almejados pelos/as participantes institucionais e os/as participantes leigos/as. Heritage (2005) destaca os níveis da organização interacional e a escolha lexical como principais diferenças. Por sua vez, ainda considerando a diferença entre conversas institucionais e mundanas, Drew e Heritage (1992, p. 28³¹, tradução nossa), classificam as diferenças em cinco dimensões de conduta interacional que caracterizam a fala institucional: “[...] escolha lexical, formato do turno, organização sequencial, organização estrutural geral, e epistemologia social e relações sociais”. Tratando-se de escolhas lexicais,

³¹ “[...] (a) lexical choices; (b) turn design; (c) sequence organization; (d) overall structural organization; and (e) social epistemology and social relations”.

vocabulários técnicos fazem parte de determinadas interações, como consultas médico/a-paciente, e exigem certo conhecimento especializado, o que faz com que reflitam as identidades institucionais. Considerando ainda as escolhas lexicais, há estudos que mostram que ao falar como membro/a de uma organização, os/as falantes utilizam o termo *nós/a gente* ao invés de *eu*.

Como vimos, a fala é organizada e apresenta algumas características estruturais gerais. Em interações mundanas, essas características estruturais incluem atividades específicas como sua abertura e seu fechamento, e o restante da interação é coconstruída pelos/as participantes sem uma ordem determinada. Entretanto, algumas interações institucionais apresentam uma organização estrutural geral específica, com fases ou atividades que emergem caracteristicamente em uma ordem em particular. Um exemplo de interação institucional que apresenta uma organização estrutural geral é recorrente nos serviços de ligação de emergência, como se pode verificar na Figura 4.

Figura 4 - Organização estrutural geral: serviços de ligação de emergência

Abertura → Pedido → Série de questionamentos → Respostas → Fechamento

Fonte: Adaptada de Maynard e Zimmerman (1984) apud Heritage (2005, p. 120).

A Organização Estrutural Geral (OEG)³² refere-se à sequência múltipla de turnos de ações. (ROBINSON, 2013). A importância que a OEG representa é considerada nas palavras de Robinson: “[...] se a Análise da Conversa fosse uma árvore, o tópico de OEG representaria um de seus primeiros anéis de crescimento”. (ROBINSON, 2013, p. 257³³, tradução nossa). A citação de Robinson (2013) refere-se ao fato da fala-em-interação, como defendido anteriormente, ser extremamente organizada, tanto em contextos mundanos, quanto em contextos institucionais. Para ter-se uma ideia, o estudo da abertura das interações, parte da OEG, iniciou com a dissertação de Schegloff (1968) e a *lecture* de Sacks durante o *Inverno de 1970*.

³²Optamos por traduzir *Overall Structural Organization* como *Organização Estrutural Geral* (e não como *Organização Macroestrutural*) visto que o termo *macro* normalmente refere-se a fenômenos de maior amplitude e extrainteracionais como gêneros, classe social, etc. Ou seja, a nosso ver, *Organização Estrutural Geral* é o termo mais apropriado neste contexto e foi utilizado nesta dissertação.

³³ “[...] if the discipline of Conversation Analysis were a tree, the topic of Overall Structural Organization would represent one of its first growth rings”.

Porém, apesar de haver estudos de tão longa data, a OEG tem recebido pouca atenção analítica, e, por consequência, ainda não está bem compreendida. (ROBINSON, 2013). Interações institucionais são organizadas em uma ordem padrão de fases ou seções, enquanto que conversas mundanas não. (HERITAGE, 1997; DREW; HERITAGE, 1992).

Robinson (2003, p. 261³⁴, tradução nossa) descreve as fases de uma consulta médica de atenção primária: saudação ➔ obtenção da identidade dos/as pacientes ➔ recuperação e revisão dos registros dos/as pacientes ➔ prontidão para coletar informação, diagnosticar e tratar do problema existente. Porém, as fases apresentadas em uma interação institucional podem variar conforme apontado por Ostermann (2000):

[o] avanço de um padrão fixo e uma interação institucional não depende unicamente do/a profissional; também depende da colaboração do/a interagente não-institucional, e esse/a interagente pode resistir a esse avanço 'ordenado'. (p. 57³⁵, tradução nossa, grifo da autora).

Segundo a mesma autora, o/a paciente pode não seguir esse padrão por não estar familiarizado/a com os trâmites da instituição, por exemplo. A organização das interações através de uma ordem sequencial permite que médicos/as e pacientes compreendam-se e sejam capazes de estabelecer uma comunicação. (ROBINSON, 2003).

A OEG torna-se importante para a análise de dados, visto que ela pode mostrar que e como as partes estão orientadas para tais organizações na sua fala e a conduta da interação. Na análise de dados deste estudo, identificamos a OEG das interações advindas de consultas de Aconselhamento Genético (AG).

Tendo tratado dos tópicos pertinentes a esta pesquisa relacionados à área da saúde, recomendações médico/a paciente, a tomada de decisão e a autonomia dos/as pacientes, aconselhamento genético e a questão da neutralidade, apresentamos uma revisão de literatura direcionada à ação interacional das tomadas de decisão referentes a recomendações médicas no contexto da Análise da

³⁴ “[...] greeting ➔ securing patients’ identities ➔ retrieving and reviewing patients’ records ➔ and embodying readiness”.

³⁵ “The advancement of a fixed pattern through the encounter does not depend solely on the professional; it also depends on the collaboration of the non-institutional interactant, and this interactant might resist that "orderly" advancement”.

Conversa. Dada a relevância do tópico para a discussão pretendida, segue a caracterização de Domínio Deontico.

2.4 DOMÍNIO DEONTICO

Conforme entendido sob a perspectiva dos estudos de fala-em-interação, “[...] os direitos deonticos que uma determinada pessoa tem, independentemente de ela reivindicar momentaneamente esses direitos ou não, relacionam-se com o seu *status* deontico”. (STEVANOVIC; PERÄKYLÄ, 2012, p. 4³⁶, tradução nossa). Em outras palavras, o *status* deontico é o direito de determinar futuros cursos de ação. Já a expressão linguística dos direitos relativos para influenciar futuros cursos de ação caracteriza o posicionamento deontico³⁷ do/a falante. (STEVANOVIC; PERÄKYLÄ, 2012; HERITAGE, 2013). Há uma preferência pela congruência entre o *status* e o posicionamento deonticos dos/as falantes de uma interação. Nesses casos, há um acordo entre os/as participantes sobre quem tem o direito de determinar as ações futuras em questão. Porém, cabe ressaltar que o *status* e o posicionamento deonticos nem sempre são congruentes. No momento em que o/a segundo/a falante responde, ao consentir ou resistir a uma recomendação feita pelo/a primeiro falante, o/a segundo/a está também consentindo ou resistindo aos direitos do/a primeiro/a falante de realizá-los. Dessa forma, havendo a recusa/rejeição do que foi sugerido, caracteriza-se a incongruência deontica.

Lindström e Weatherall (2015) salientam que o posicionamento deontico dos/as médicos/as – seus direitos e obrigações de recomendar – estão baseados em sua autoridade epistêmica como especialistas em Medicina. Já a autoridade deontica dos/as pacientes, segundo as mesmas autoras, é um direito que existe independente do conhecimento técnico (médico). A autoridade dos/as participantes em uma interação tem sido estudada em contextos institucionais, como médico/a-paciente (HERITAGE, 2005; PERÄKYLÄ, 1998, 2002; LINDSTRÖM; WEATHERALL, 2015), que é o foco analítico desta dissertação. Uma pessoa pode ter autoridade epistêmica, considerando seu domínio de conhecimento e saber, e/ou pode ocupar uma posição associada à sua autoridade deontica, concernente a determinar o que

³⁶ “Deontic *status* can thus be regarded as the deontic rights that a certain person has irrespective of whether the momentarily claims these rights or not”.

³⁷ “Deontic stance”.

deveria ser feito. Isso ocorre visto que, em interações institucionais, há assimetria proveniente da restrição dos direitos dos/as participantes, assimetria de conhecimento e direitos de saber, e assimetria provinda do acesso diferenciado às rotinas organizacionais e procedimentos. Da mesma forma que participantes de uma interação posicionam-se um/a em relação ao/à outro/a no que diz respeito ao direito primário de conhecimento, eles/as também posicionam-se em relação ao direito de dizer e decidir o que pode/deve ou não ser feito no futuro.

2.4.1 Autoridade Deôntica

*Conhecimento é poder³⁸.
(FOUCAULT, 1980)*

Os/As participantes de uma interação negociam, no turno a turno, direitos e obrigações de dizer o que (não) pode e/ou (não) deve ser feito. Stevanovic (2011) sintetiza, dizendo que a autoridade deôntica refere-se a determinar o que deve ser feito. Nesse sentido, a autoridade não deve ser confundida com poder, “[...] não consiste essencialmente em dar ordens e comandos, mas é baseada na liberdade dos sujeitos de obedecer ou não”. (WILD, 1974 apud STEVANOVIC; PERÄKYLÄ, 2012, p. 297³⁹, tradução nossa). Ou seja, a autoridade deôntica varia de domínio para domínio e entre participantes, e pode ser resistida a qualquer momento da interação, como afirma Andrade (2016). Sendo assim, o exercício de autoridade deôntica emerge a partir de um primeiro curso de ação iniciado em formato de diretivo, recomendação, comando, solicitação. Da mesma forma, o/a interlocutor/a tem o direito de consentir ou resistir ao que foi reivindicado.

A autoridade deôntica é definida por Stevanovic e Peräkylä (2012, p. 297⁴⁰, tradução nossa) como o “[...] direito de determinar as ações futuras de outras pessoas”, ou seja, o/a primeiro/a falante, no caso desta pesquisa, o médico, recomenda um evento futuro à segunda falante, a paciente, que consente ou resiste a essa recomendação. Stevanovic e Peräkylä (2012) acrescentam que a autoridade deôntica determina como o mundo deveria ser, ou seja, relaciona-se a direitos e obrigações de dizer o que (não) pode e/ou (não) deve ser feito, conforme supramenção.

³⁸ “Knowledge is power”.

³⁹ “[...] authority is essentially not about giving orders and commands to a subservient mass but is instead based on the subjects’ free will to obey”.

⁴⁰ “Someone’s right to determine others’ future actions”.

Dessa forma, neste estudo, a autoridade deôntica da interlocutora, a paciente, envolve seu direito de aceitar ou rejeitar recomendações feitas pelo profissional da saúde, já que pacientes, em princípio, têm o direito deôntico irrevogável de rejeitar a autoridade e a *expertise* médicas. Nas palavras de Lindström e Weatherall (2015, p. 49⁴¹, tradução nossa), “[...] o direito fundamental do/a paciente de rejeitar as propostas de tratamento é independente da evidência científica que subjogou tais propostas”. Nesse contexto, observa-se que, em interações entre médicos/as e pacientes, ambas as partes exercem autoridades deônticas, portanto. Levinson (2013) explica que a negociação entre os/as participantes em relação a seus direitos deônticos ocorre a todo momento e é revelada na fala-em-interação.

Corrêa e Guilam (2006), pesquisadoras na Saúde Coletiva no Brasil, relatam que as gestantes, por serem leigas sobre os assuntos tratados nas recomendações médicas, ao serem expostas aos resultados de testes pré-natais e suas probabilidades, tornam-se sensíveis e frágeis quando pressionadas a tomar decisões sobre tratamentos futuros, o que, de certa forma, dificulta a tomada de decisão.

A fragilidade em que a mulher grávida é colocada diante do anúncio de resultados de testes pré-natais, com suas probabilidades e diagnósticos, a premência do tempo na gravidez em evolução, e a não resolutividade em termos de tratamento são fatores que pressionam a mulher para a tomada de decisão, mas não necessariamente a capacitam. (CORRÊA; GUILAM, 2006, p. 2148).

A afirmação de Corrêa e Guilam (2006) é congruente com Kukla (2007), que enfatiza não só o fato de que pacientes não devem ser recipientes passivos/as de informações médicas como também a necessidade de prover informações de forma que os/as pacientes consigam desenvolver autonomia informada para conseguir tomar decisões. Segundo Kukla (2007, p. 31⁴², tradução nossa), “[...] nós (pacientes) não podemos tomar decisões informadas de alta qualidade sobre nossos cuidados de saúde, a menos que tenhamos acesso a um/a especialista que possa fornecer uma avaliação sintética de nossas situações médicas específicas”. Em outras palavras, não basta primar pela autonomia de decisão dos/as pacientes, visto que não *somos* capazes de escolher de forma autônoma se não *formos* bem

⁴¹ “[...] the fundamental patient right to reject treatment proposals is regardless of the scientific evidence that undergird such proposals”.

⁴² “[...] we cannot make high-quality, informed decisions about our own health care unless we have access to an expert who can provide a synthetic assessment of our particular medical situations”.

informados/as a respeito das opções e da questão existente. Kukla (2007, p. 30-32⁴³, grifo da autora, tradução nossa) reitera que

[...] todos/as nós (pacientes) somos notoriamente terríveis em entender e raciocinar sobre o risco. Se somos suficientemente ‘alfabetizados’ para compreender uma determinada informação depende não apenas das nossas habilidades cognitivas e educação, mas também de como a informação é formulada e apresentada. [...] Os/As médicos/as têm muitas oportunidades para pensar sobre as complexidades morais dos procedimentos e opções que concernem suas práticas diárias, enquanto que os/as pacientes provavelmente enfrentam essas complexidades pela primeira vez.

Considerando a liberdade dos/as participantes em relação à autoridade, Wessels, Koole e Penn (2014) consideram que a neutralidade na proposição da próxima etapa de determinado tratamento e o provimento de todas as informações necessárias e existentes sobre essa possível próxima etapa são almejados nas interações médico/a-paciente. As opções que o/a médico fornece ao/à paciente podem funcionar como uma recomendação para uma solução em particular, não necessariamente implicando uma escolha do/a paciente em determinado momento da consulta.

Porém, há uma cultura muito forte de fidelização ao/à médico/a pelo/a paciente. Stevanovic (2011, p. 9⁴⁴, tradução nossa) esclarece que “[...] toda a estrutura de atividade da consulta médica está muito associada à ideia de que as recomendações dos/as médicos/as, especialmente as que são entregues na fase final da consulta, têm implicações deonticas nas ações dos/as pacientes após aquela interação”. Conforme veremos no capítulo analítico, a “[...] autoridade deontica é uma conquista interacional, alegada, demonstrada e negociada no turno a turno sequencial do desenvolvimento da interação”. (STEVANOVIC; PERÄKYLÄ, 2012, p. 315⁴⁵, tradução nossa). Ou seja, é proposto, sugerido, ordenado ou alertado que alguém faça algo. Os direitos deonticos de uma pessoa variam conforme seu

⁴³ “[...] all of us are notoriously terrible at understanding and reasoning about risk. Whether we are sufficiently ‘literate’ to comprehend a particular piece of information depends not just on our cognitive skills and education, but also on how the information is packaged and presented. [...] Clinicians have lots of opportunities to think through the moral complexities of the procedures and options that make up their daily practices, whereas patients are likely confronting these complexities for the first time”.

⁴⁴ “[...] the whole activity framework of medical consultation is very much associated with the idea that doctors’ sayings, especially the ones delivered in the closing phase of the consultation, have deontic implications on the patients’ doings after the encounter”.

⁴⁵ “Deontic authority is an interactional achievement, claimed, displayed, and negotiated at the level of the turn-by-turn sequential unfolding of the interaction”.

domínio, o que está interligado ao seu conhecimento sobre determinado assunto, suas experiências de vida e a própria cultura. (STIVERS; MONDADA; STEENSIG, 2011a).

É claro que os domínios deontico e epistêmico podem estar entrelaçados de várias formas, visto que a dimensão deontica de autoridade envolve direitos e obrigações e a dimensão epistêmica refere-se ao acesso ao conhecimento. Sendo assim, almeja-se que os/as profissionais da saúde considerem as experiências dos/as pacientes para fazer suas recomendações de forma colaborativa⁴⁶ (IJÄSKALLIO; RUUSUVUORI; PERÄKYLÄ, 2011), bem como respeitem a autonomia dos/as pacientes para decidir. De acordo com Stivers, Mondada e Steensig (2011, p. 8⁴⁷, tradução nossa), amparados pelos estudos de Heritage e Maynard (2006), Heritage; Robinson (2006), Peräkylä (1998, 2002),

[...] em consultas médicas, embora os/as pacientes tenham conhecimento superior em relação a sua experiência em ter a doença, os/as médicos/as tem conhecimento médico superior para diagnosticar e a autoridade para prescrever. Enfatizar um outro tipo de conhecimento e autoridade pode ser um recurso para negociar diagnósticos e tratamentos.

Como vimos, pacientes são participantes ativos/as no cuidado com sua saúde, além disso, têm o direito de questionar e rejeitar tratamentos. O que trataremos na próxima subseção são justamente as ações de aceite e de recusa de recomendações feitas por profissionais da saúde a pacientes, que caracterizam a autoridade deontica consentida e a autoridade deontica resistida, respectivamente.

2.4.1.1 Autoridade Deontica Consentida e Resistida

Falantes com mais direitos deonticos em determinado domínio não precisam demonstrar esses direitos de forma tão impositiva, por exemplo, *ordenando* ou *mandando*, enquanto que falantes com menos direitos deonticos necessitam demonstrar sua autoridade através de diretivos mais assertivos. (STEVANOVIC; PERÄKYLÄ, 2012). Por exemplo, pessoas que ocupam determinado papel institucional tem um *status* deontico que pode ser utilizado como um recurso na

⁴⁶ Veja-se discussão sobre recomendações médico/a-paciente na Seção 2.2.

⁴⁷ “[...] in medical consultations, although patients have superior knowledge of their illness experience, physicians have superior medical knowledge to diagnose and the authority to prescribe. Highlighting on or other type of knowledge and authority can be a resource to negotiate diagnoses and treatments”.

interação. Nesses casos, Svennevig e Djordjilovic (2015) apontam que se por um lado um pedido de um/a chefe a um/a subordinado/a geralmente não vem seguido de justificativas⁴⁸, por outro lado, os autores citam a situação oposta: se um/a empregado/a faz um pedido a seu/sua superior, nesse caso, o pedido vem acompanhado de várias justificativas. Segundo Antaki (1994, p. 1⁴⁹, tradução nossa), justificativas são “[...] janelas que se abrem no raciocínio social as quais as pessoas submetem-se para dar sentido às suas palavras e (talvez) impor esse sentido a outras pessoas”. Em outras palavras, as justificativas suspendem a progressividade da atividade em questão e servem como uma parentetização do que foi ou será feito.

Ao tratar-se de planos futuros em conjunto, almeja-se que os direitos deonticos de ambas as partes envolvidas sejam considerados, visto que há certa distribuição desses direitos. Por exemplo, tratando-se de uma consulta médica, o/a profissional tem o direito de se negar a realizar um procedimento que intervenha em sua ética profissional, ao passo que o/a paciente tem o direito de se negar a realizar um tratamento, procedimento ou exame que lhe seja indicado pelo/a médico/a. A escolha do/a paciente por não realizar o que lhe é recomendado pelo/a médico/a caracteriza a *autoridade deontica resistida*, enquanto que o seu aceite em realizar o que lhe é recomendado pelo/a profissional caracteriza a *autoridade deontica consentida*. (STEVANOVIC; PERÄKYLÄ, 2012).

Quando o/a segundo/a falante alinha-se ao direito deontico alocado a ele/a pelo/a primeiro/a falante, acontece a congruência deontica. (STEVANOVIC; PERÄKYLÄ, 2012). Esse fenômeno ocorre quando os/as participantes estão de acordo sobre quem tem o direito de determinar as ações futuras em questão. A resposta, nesse caso, envolve uma aprovação do que foi sugerido. Nos dados analisados para este estudo, nos casos em que há congruência deontica, há o aceite da paciente à recomendação do médico de forma imediata, o que é uma característica estrutural regular de alinhamento (SCHEGLOFF, 2007), caracterizando a autoridade deontica consentida. Já a incongruência deontica ocorre quando o/a segundo/a falante resiste ao direito deontico manifestado pela recomendação do/a primeiro/a falante. (STEVANOVIC; PERÄKYLÄ, 2012). Segundo

⁴⁸ “Accounts”.

⁴⁹ “[...] windows into the social reasoning that people go through to make sense of their words and (perhaps) impose that sense on other people”.

os mesmos autores, para demonstrar incongruência, os/as falantes utilizam respostas despreferidas relacionadas à primeira parte do par adjacente⁵⁰. Ou seja, a resposta dada pelo/a próximo/a falante é despreferida, o que acaba por caracterizar a autoridade deôntica resistida.

Para a tomada de decisão, o conhecimento dos/as participantes, é determinante. Segundo Sidnell (2015, p. 12⁵¹, tradução nossa), “[...] o conhecimento constitui uma ordem subjacente básica de relevância, com consequências para muitos outros domínios da organização interacional”. É sobre esse tópico que trataremos na próxima seção.

2.5 DOMÍNIO EPISTÊMICO

O conhecimento é uma característica constitutiva da vida social e das relações sociais.

(SIDNELL, 2015, p. 3⁵², tradução nossa).

Não há como negar que o conhecimento⁵³ está sempre operando em toda e qualquer interação social, independente do contexto, seja ele o ambiente escolar, de negócios, familiar, entre outros. Isto porque o conhecimento é um dos aspectos intrínsecos à formação de ações na fala-em-interação. (ANDRADE, 2016, f. 110). O termo *epistemics* é derivado da palavra grega *epistēmē* que significa *conhecimento, entendimento*. (SIDNELL, 2015). O domínio epistêmico ou territórios de conhecimento foi considerado primeiramente por Labov e Fanshel (1977) ao distinguirem *eventos A (A-events)*, sabidos por *A* mas não por *B*, dos *eventos B (B-events)*, sabidos por *B* mas não por *A*. Sendo assim, ao tratar-se de uma interação em que há troca de saberes, há situações em que os/as participantes revelam-se mais ou menos conhecedores em relação aos/às outros/as em determinado assunto por meio da fala-em-interação, posicionando-se em um gradiente epistêmico. (HERITAGE, 2010).

⁵⁰ Veja-se definição de *par adjacente* na seção 3.3: Análise da Conversa.

⁵¹ “[...] epistemics constitutes a basic underlying order of relevancies, with consequences for the many other domains of interactional organization”.

⁵² “Knowledge as a constitutive feature of social life and social relations”.

⁵³ Nesta dissertação de Mestrado optamos por utilizar *conhecimento* ao invés do termo *episteme*.

O conhecimento é “[...] dinâmico, contínuo e multidimensional⁵⁴”, e a implantação e a dependência de recursos epistêmicos são organizadas normativamente”. (STIVERS; MONDADA; STEENSIG, 2011a). Como em qualquer outro sistema organizado, responsabilizamo-nos por justificar nossos direitos e nossas obrigações em função do conhecimento. Heritage e Raymond (2005, p. 16⁵⁵, tradução nossa) definem domínio epistêmico como relacionado à

[...] distribuição de direitos e responsabilidades em relação ao que os/as participantes justificadamente sabem, como eles/as sabem, se têm o direito de descrever e em quais termos (o domínio epistêmico) está diretamente implicado nas práticas organizadas da fala.

Essa distribuição do saber é assimétrica de acordo com Linell (1990), visto que o conhecimento dos/as participantes é assimétrico na maior parte das conversas, revelado por meio da fala. Porém, mesmo tendo diferentes níveis de conhecimento, os/as participantes possuem direitos simétricos de falar em conversas cotidianas, mesmo quando há distribuição desigual de turnos de fala. Contudo, em contextos institucionais, os recursos comunicativos disponíveis (conhecimento profissional específico) são desiguais. Drew (1991, p. 22⁵⁶, tradução nossa) explica a assimetria em contextos institucionais:

Talvez distribuições desiguais de conhecimento sejam uma fonte mais geral de assimetria em quase todos os locais institucionais, e especialmente naqueles locais em que os/as participantes leigos/as não tenham acesso ao conhecimento técnico especializado do/a profissional ou conhecimento relevante sobre procedimentos organizacionais.

As interações médico/a-paciente são um exemplo em que os/as participantes não compartilham do mesmo acesso ao conhecimento técnico especializado em ambientes institucionais, na maioria dos casos. Por meio de pedidos de informação, por exemplo, os/as pacientes demonstram não ter conhecimento específico sobre os benefícios, riscos e funcionamento de determinado procedimento recomendado por profissionais. Segundo Drew (1991), em razão de esse conhecimento ser

⁵⁴ “[...] knowledge is dynamic, graded and multi-dimensional”.

⁵⁵ “[...] the distribution of rights and responsibilities regarding what participants can accountably know, how they know it, whether they have rights to describe it, and in what terms is directly implicated in organized practices of speaking.”

⁵⁶ “Perhaps, then, unequal distributions of knowledge are a more general source of asymmetry in almost all institutional settings: and specially so in those settings in which members of the public or lay clients may not have access to the professional’s specialized technical knowledge or knowledge about relevant organizational procedures”.

consequencial para a tomada de alguma decisão, não ter acesso (ex.: conhecimento médico, conhecimento jurídico, conhecimento psicológico) caracteriza desvantagem interacional a um/a dos/as participantes.

Os/As participantes podem colocar-se em situação de mais conhecedores/as (C+)⁵⁷ ou menos conhecedores/as (C-)⁵⁸ em relação a determinado assunto, caracterizando seu *status* epistêmico (HERITAGE, 2012a), que pode ser demonstrado na interação ou não. Já a forma por meio da qual participantes se posicionam em termos de formato de turno de fala caracteriza seu *posicionamento epistêmico*. (HERITAGE, 2012b). As duas próximas subseções são reservadas à descrição de *status* e posicionamento epistêmicos.

2.5.1 *Status* Epistêmico

O *status* epistêmico refere-se ao acesso de alguém relativo a certo domínio e o direito de articular esse conhecimento. O *status* epistêmico pode ser alterado a cada momento em função de cada nova contribuição interacional. (HERITAGE, 2012a). Um exemplo seria contar detalhes sobre uma cidade desconhecida a um/a dos/as participantes da interação. Durante essa conversa, o gradiente epistêmico⁵⁹ do/a interlocutor/a é alterado, visto que ele/a passa a ter mais conhecimento relacionado àquela cidade ao longo da interação. Nas palavras de Heritage (2012a, p. 4⁶⁰, tradução nossa), “[...] o *status* epistêmico de cada pessoa, relativo a outras, tenderá, claro, a variar de domínio para domínio, através do tempo e poderá ser alterado momento a momento como resultado das contribuições interacionais específicas”. Sendo assim, mesmo em situações em que participantes conversam sobre eventos compartilhados, não há garantia de haver *status* epistêmico equilibrado. (ANDRADE, 2016).

Em interações médico/a-paciente-acompanhante, ao receber informação referente a um procedimento e a explicação de seu funcionamento, paciente e acompanhante nem sempre demonstram ter o mesmo conhecimento. Ou seja, apesar de terem acesso à determinada informação, os/as participantes demonstram,

⁵⁷ “More knowledgeable”. Optamos por utilizar C+ (e não K+) ao longo do trabalho.

⁵⁸ “Less knowledgeable”. Optamos por utilizar C- (e não K-) ao longo do trabalho.

⁵⁹ Veja-se uma discussão sobre gradiente epistêmico na subseção 2.5.2: Posicionamento Epistêmico.

⁶⁰ “The epistemic status of each person, relative to others, will of course tend to vary from domain to domain, as well as over time, and can be altered from moment to moment as a result of specific interactional contributions”.

através de pedidos de informação e/ou de confirmação, não ter a mesma capacidade de interpretação do que foi dito.

Ainda em relação à (as)simetria de conhecimento, Pomerantz (1980) classifica a orientação dos/as participantes em relação a dois tipos de conhecimentos (*knowables*): *tipo 1 (type 1)* e *tipo 2 (type 2)*. O tipo 1 de conhecimento é aquele em que os sujeitos-atores têm direitos e obrigações de saber, ou seja, são responsáveis por saber. Trata-se do saber de primeira mão, advindo de experiências vividas pelos/as falantes. Um exemplo de conhecimento do tipo 1 ocorre quando uma pessoa fala sobre si própria. Sendo assim, nosso conhecimento sobre a vida de outra pessoa não é, certamente, tão elevado quanto o seu próprio conhecimento, suas próprias atividades e experiências. Nas palavras de Sacks (1992, p. 116⁶¹, tradução nossa), “[...] o que *A* sabe sobre *B*, ele/a certamente sabe menos do que o/a próprio/a *B*. *A* sabe essencialmente apenas a informação que *B* passou a ele/a (ou a alguém)”.

O tipo 2 de conhecimento é aquele em que os sujeitos-atores têm acesso ao conhecimento ocasionado. O sujeito-ator provê uma informação que lhe foi fornecida, i.e., não se trata de um fato de si mesmo e, por isso, é caracterizado como limitado. (POMERANTZ, 1980). Trata-se de saber derivado, que é adquirido indiretamente. O conhecimento do tipo 2 pode ser exemplificado por um/a aluno/a fazendo uma apresentação através da qual expõe um conteúdo aprendido em aula.

O *status* epistêmico está relacionado às relações sociais, quem tem primeiro acesso à informação. É algo apriorístico, que é estabelecido e gerenciado sequencialmente, mas que pode ser alterado ao longo da interação. (HERITAGE, 2017). Uma informação nova, solicitada por uma posição C- ou voluntariada por uma posição C+, é o combustível para o engenho conversacional (HERITAGE, 2012b), o que Goffman (1967) chamou de *abastecimento conversacional*. Heritage (2012b, p. 5-6⁶², tradução nossa) amparado por Drew (1991), Maynard (2003), Pomerantz (1980), Sacks (1992) e Terasaki (2004), sintetiza: “[...] os territórios epistêmicos abrangem o que é sabido, como é sabido e o direito e as responsabilidades das pessoas de saber”. Sendo assim, todos/as participantes de uma interação têm seus territórios de conhecimento, e as ações realizadas através

⁶¹ “[...] whatever *A* knows about *B*, he certainly knows less about these others. *A* knows essentially only the terms that *B* uses to name them”.

⁶² “[...] epistemic territories embrace what is known, how it is known, and persons’ right and responsibilities to know it”.

da fala-em-interação podem ser expressas em diferentes formatos/desenhos de turnos de fala, o que caracteriza o posicionamento epistêmico.

2.5.2 Posicionamento Epistêmico

Nas palavras de Schütz (1962, p. 5⁶³), “[...] o conhecimento é socialmente construído, deriva das experiências de vida das pessoas e deve ser comunicado para tornar-se realidade”. Os/As participantes expressam seus domínios epistêmicos na e pela interação, dentre outros meios. É, no mínimo, confuso, saber o que o/a nosso/a interlocutor/a sabe/pensa sobre algo, pois não há meios para acessarmos esse conhecimento sem que essa pessoa posicione-se a respeito dele. Porém, no momento em que os/as participantes constroem o turno, esse turno tem uma estrutura morfossintática e prosódica, que deixa, em parte, transparecer o *status* epistêmico daquele/a participante por meio do que foi falado. As ações realizadas por meio da fala-em-interação (e.g., assunção, pedido de informação, avaliação, pedido de confirmação, etc.) podem ser expressas por diferentes formatos de turno de fala. Cada formato de turno deixa transparecer onde a pessoa se posiciona dentro do gradiente epistêmico relativo àquele domínio. (ANDRADE, 2016). Sendo assim, a maneira como o grau de conhecimento sobre algo ou alguém é explicitado por meio do desenho do turno de fala da pessoa corresponde ao posicionamento epistêmico⁶⁴ assumido por ela na conversa. (HERITAGE; RAYMOND, 2005).

A título de exemplo, Heritage (2012a, p. 7) nos traz os três enunciados abaixo elencados.

- (1) Are you married? (Você é casada⁶⁵?)
- (2) You're married, aren't you? (Você é casada, né?)
- (3) You're married. (Você é casada.)

Como podemos perceber, o conteúdo proposicional é o mesmo, qual seja, o estado civil da interlocutora. Contudo, o posicionamento epistêmico nos três enunciados é diferente, bem como acabam sendo as ações desempenhadas por cada um. A fim de representar essa situação, Heritage propõe uma representação

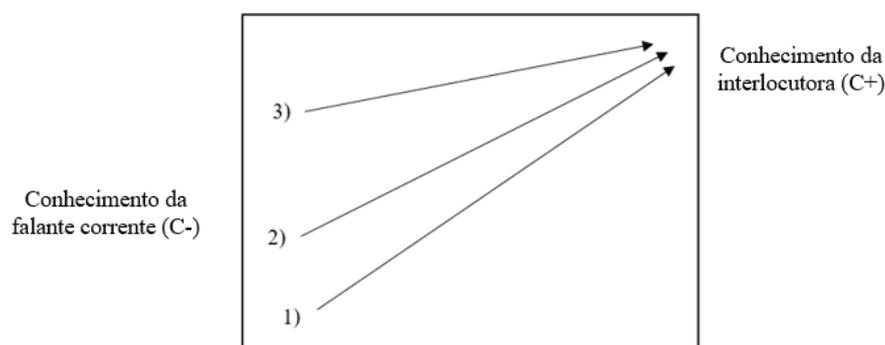
⁶³ “[...] knowledge is socially constructed, derived from people's life experiences and must be communicated in order to become a reality.”

⁶⁴ “Epistemic stance”.

⁶⁵ Optamos por ilustrar o exemplo como se fossem duas amigas, ou seja, utilizando ambas no feminino.

de gradientes epistêmicos (C+ e C-). Cada um desses turnos contém uma informação que é de domínio epistêmico da interlocutora (C+). Porém, no exemplo 1, quem pergunta demonstra não ter conhecimento definido sobre o estado civil e faz um pedido de informação (C-)⁶⁶. Nos exemplos 2 e 3, a pessoa que produz esses turnos solicita um pedido de confirmação ao expressar que sua interlocutora é casada. Ou seja, o formato dá pistas para a interlocutora atribuir sentido. O gradiente epistêmico (C- → C+) torna-se evidente nesses exemplos e pode ser melhor visualizado na Figura 5:

Figura 5 - Posicionamento epistêmico representado em termos de gradiente epistêmico



Fonte: Adaptada de Heritage (2012a, p. 7).

Por meio da representação (que se vê na Figura 5), fica ainda mais claro o conceito de posicionamento epistêmico, “[...] como os/as falantes posicionam-se em termos de *status* epistêmico ao longo dos turnos de fala”. (HERITAGE, 2012b, p. 33⁶⁷, tradução nossa). Via de regra, *status* e posicionamento epistêmico são congruentes, i.e., se uma pessoa possui *status* superior em determinado domínio epistêmico em comparação a seu/sua interagente, seu turno de fala tende a ser desenhado de modo a expressar seu grau de conhecimento a respeito do tópico em pauta de forma a deixar transparecer a superioridade do seu *status*. (ANDRADE, 2016).

Porém, é importante destacar que o posicionamento epistêmico não reflete, necessariamente, o *status* epistêmico dos/as participantes da interação. É possível burlá-lo. A fim de melhor compreensão, podemos imaginar uma discussão em que

⁶⁶ Segundo Andrade (2016, f. 110-111), “[...] a pessoa que faz um pedido de informação, coloca-se em posição (interacional) de menos conhecedora em relação ao/à interlocutor/a”.

⁶⁷ “Epistemic stance concerns how speakers position themselves in terms of epistemic status in and through the design of turns at talk”.

A incongruência entre *status* e posicionamento epistêmicos materializa-se por conta da própria interação. (HERITAGE, 2012a). A título de ilustração, no contexto de ensino-aprendizagem, a incongruência é revelada sem contestação, através da sequência IRA (Iniciação – Resposta – Avaliação). De acordo com Ostermann e Ruy (2012, p. 69), “[...] a sequência IRA caracteriza-se por perguntas, feitas pelo/a professor/a, que pedem uma resposta cujo conteúdo é sabido por ele/a, para testar o conhecimento e o entendimento dos/as alunos/as”. Segue o exemplo citado pelas autoras:

Figura 6 - Exemplo fictício de uma sequência IRA

Iniciação	PROFESSOR:	Qual é a capital do estado do Paraná?
Resposta	ALUNO:	Curitiba.
Avaliação	PROFESSOR:	Isso mesmo.

Fonte: Ostermann e Ruy (2012. p. 69)

Os gradientes de conhecimento (C+/C-) são, na verdade, o monitoramento entre os/as participantes por meio da fala. E o que vai regê-los é essa busca por emparelhar os conhecimentos, uma *gangorra epistêmica*⁶⁹. (HERITAGE, 2012b). Essa gangorra é a força motivadora da formação da ação. (LEVINSON, 2013). As ações realizadas por participantes em uma interação fazem com que eles/as reconheçam o *status* epistêmico de seus/suas interagentes através do seu posicionamento e, assim, ajam de forma a fazer mover a *gangorra epistêmica*, isto é, provendo (ou não) mais informação.

Outra questão relevante em relação ao posicionamento epistêmico de participantes na busca pelo equilíbrio dos conhecimentos é o uso de termos técnicos por profissionais (ao interagirem com pessoas menos conhecedoras do assunto). Drew, Walker e Ogden (2013) nomeiam a ação dos/as profissionais em reformular suas falas e adaptá-las a seus/as interlocutores/as por meio de sequências de reparos de *cautela epistêmica*⁷⁰. Heritage (2017, p. 37⁷¹, tradução nossa) conclui que “[...] pessoas leigas (pacientes) reivindicam o conhecimento e a competência relacionados ao uso dessa terminologia (termos técnicos médicos)”.

⁶⁹ “Epistemic seesaw”.

⁷⁰ “Epistemic caution”.

⁷¹ “[...] lays claim to knowledge and competence in the use of this terminology”.

Diante da exposição de estudos anteriores sobre recomendações médico/a-paciente, é evidenciada, mais uma vez, a relevância desta pesquisa, visto que o Brasil carece de estudos nesse contexto, principalmente no que concerne às ações reveladas por meio da sequencialidade da interação. Essa investigação pode ocorrer a partir do método da Análise da Conversa (AC), que permite uma análise minuciosa e retrospectiva dos turnos de fala que compõem sequências interacionais, algo, muitas vezes, difícil de ser realizado pelos/as participantes de uma interação em momento real. No próximo capítulo, tratamos da AC, abordagem teórico metodológica deste estudo, da geração dos dados e dos/as participantes envolvidos/as.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo, tratamos da perspectiva teórico-metodológica deste estudo, a Análise da Conversa (AC). Também descrevemos a geração, transcrição e análise dos dados. Além disso, apresentam-se os/as participantes e a descrição do contexto de pesquisa.

3.1 CONTEXTO DE PESQUISA E PARTICIPANTES

Os dados utilizados nesta pesquisa advêm de interações médico-paciente geradas em um ambulatório do hospital do Sistema Único de Saúde (SUS) localizado na região sul do Brasil. Esse hospital possui um setor especializado para receber gestantes de gravidez de médio e alto risco. Segundo Caldeyro-Barcia et al. (1973, *apud* BRASIL, 2010, p. 11), “[...] gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do/a recém-nascido/a tem maiores chances de ser atingida que as da média da população considerada”.

A Secretaria de Atenção à Saúde, departamento do Ministério da Saúde do Brasil, desenvolveu um manual técnico em que constam os marcadores e fatores de risco gestacionais (BRASIL, 2010, p.11-13):

Quadro 4 - Marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

Idade maior que 35 anos;

Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos⁷²;

Altura menor que 1,45m;

Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30);

Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;

⁷² Segundo BRASIL (2010, p.11), “[a] adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação. Há, todavia, possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez (tentou interrompê-la?), com reflexos sobre a vida da gestante adolescente que podem se traduzir na adesão (ou não) ao preconizado durante o acompanhamento pré-natal. O profissional deve atentar para as peculiaridades dessa fase e considerar a possível imaturidade emocional, providenciando o acompanhamento psicológico quando lhe parecer indicado. Apenas o fator idade não indica procedimentos como cesariana ou episiotomia sem indicação clínica. Cabe salientar que, por força do Estatuto da Criança e do Adolescente, além da Lei nº 11.108/2005, toda gestante adolescente tem direito a acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, e deve ser informada desse direito durante o acompanhamento pré-natal”.

Situação conjugal insegura;

Conflitos familiares;

Baixa escolaridade;

Condições ambientais desfavoráveis;

Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;

Hábitos de vida – fumo e álcool;

Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

2. História reprodutiva anterior:

Abortamento habitual;

Morte perinatal explicada e inexplicada;

História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;

Parto pré-termo anterior;

Esterilidade/infertilidade;

Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;

Nuliparidade e grande multiparidade;

Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;

Diabetes gestacional;

Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

3. Condições clínicas preexistentes:

Hipertensão arterial;

Cardiopatias;

Pneumopatias;

Nefropatias;

Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);

Hemopatias;

Epilepsia;

Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);

Doenças autoimunes;

Ginecopatias;

Neoplasias.

Quadro 5 - Outros grupos de fatores de risco: condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco

1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.

2. Doença obstétrica na gravidez atual:

Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;

Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;

Ganho ponderal inadequado;

Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;

Diabetes gestacional;

Amniorrexe prematura;

Hemorragias da gestação;

Insuficiência istmo-cervical;

Aloimunização;

Óbito fetal.

3. Intercorrências clínicas:

Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);

Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

Fonte: Brasil (2010, p. 11-13).

Os casos mais conhecidos considerados gestação de médio e alto risco são gestações gemelares, gestantes diabéticas e hipertensas, e gestantes com idade inferior a 15 anos, com toxoplasmose e com fetos com alguma malformação.

O hospital em que foram gerados os dados possibilita às pacientes a realização do pré-natal e do pós-natal completo na ala de medicina fetal especializada, caso seja confirmado que sua gestação seja de médio ou alto risco. Quanto à equipe de profissionais, o hospital dispunha, à época da geração de dados da pesquisa à qual este projeto está vinculado, de quatro médicos/as obstetras, cinco ecografistas, uma ecocardiografista, um geneticista, uma nutricionista, duas psicólogas, quatro ginecologistas, um cirurgião pediatra, dois/duas pediatras e enfermeiros/as. Além disso, trata-se de um hospital-escola, em que é comum a

presença de um/a preceptor/a na residência médica em exames, diagnósticos, cirurgias, entre outras práticas de formação do/a estudante/residente.

Como já mencionado, esta pesquisa constitui um subprojeto do projeto de pesquisa maior, coordenado pela professora Dra. Ana Cristina Ostermann, intitulado *A mobilização do saber e do fazer: episteme e deonticidade na fala-em-interação institucional e na conversa cotidiana*. Os dados foram gerados nos anos de 2013 e 2014 por integrantes do grupo de pesquisa do CNPq Fala-em-Interação em Contextos Institucionais e Não-institucionais (FEI), do qual faço parte. Infelizmente, não participei nem da geração de dados, nem do processo de transcrição das gravações, pois ainda não fazia parte do grupo, porém, participei das rodadas de revisão das transcrições⁷³. Contudo, devido à importância dos elementos etnográficos e do interesse e necessidade gerados ao longo do desenvolvimento desta dissertação, realizei, neste ano, uma visita a campo, conforme *Registro de Visita ao Local Pesquisado*⁷⁴. Além disso, li as anotações de campo realizadas por colegas do FEI durante as consultas gravadas e conversei com duas delas⁷⁵ a fim de obter informações extras e sanar dúvidas que surgiram ao longo da realização deste trabalho.

Para a geração dos dados, foi explicado a todos/as os/as participantes (pacientes, acompanhantes e médicos/as) os fins da pesquisa e àqueles que permitiram que suas interações fossem gravadas, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁷⁶ para que pudessem ler com maior detalhamento o que o projeto de pesquisa buscava no hospital. Ao aceitarem participar, os/as participantes assinaram em duas vias o termo, uma via para o grupo de pesquisa, e outra para ficar consigo. No TCLE consta a informação de que o/a participante pode encerrar sua participação a qualquer momento da pesquisa e de que o seu anonimato é assegurado pelos/as pesquisadores/as com o uso de nomes fictícios.

A Tabela 2 apresenta o corpus total dos dados do grupo FEI gerados nesse hospital para o projeto maior *A mobilização do saber e do fazer: episteme e deonticidade na fala-em-interação institucional e na conversa cotidiana*, coordenado pela Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann, no qual este estudo se insere. Segue o

⁷³ Houve três rodadas de revisão das transcrições.

⁷⁴ O Registro de Visita ao local pesquisado é apresentado no Apêndice A.

⁷⁵ Agradecimento especial às colegas do grupo FEI Minéia Frezza e Caroline Inês Egart.

⁷⁶ O projeto ao qual este estudo faz parte foi homologado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisinos – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, a fim de garantir a integridade de todos/as participantes envolvidos/as na pesquisa.

detalhamento dos tipos de exames e consultas, número de gravações em áudio e em vídeo, e nomes fictícios dos/as médicos/as participantes.

Tabela 2 - atendimentos gravados

	ÁUDIO	VÍDEO
ACONSELHAMENTO GENÉTICO		
Jeferson	54	-
Total	54	-
ECOCARDIOGRAFIAS		
Luana	52	50
Total	52	50
ECOGRAFIAS MORFOLÓGICAS		
Deise	8	8
Emilia	2	2
Fernanda	8	8
Rafaela	3	3
Rosângela	1	1
Total	22	22
ECOGRAFIAS OBSTÉTRICAS		
Deise	33	32
Fernanda	29	25
João	1	1
Rosângela	2	2
Total	65	60
TOTAL	193	132

Fonte: Elaborada pelo grupo FEI.

Cabe ressaltar que para fins desta dissertação, foram analisadas apenas as interações médico-paciente advindas das consultas de aconselhamento genético, conforme informação da Tabela 3.

Tabela 3 - Consultas de Aconselhamento Genético gravadas

	ÁUDIO	VÍDEO
ACONSELHAMENTO GENÉTICO		
Jeferson	54	-
Total	54	-

Fonte: Elaborada pelo grupo FEI.

Nos aconselhamentos genéticos em específico, foi autorizada a gravação em áudio das consultas, não sendo solicitada a gravação em vídeo. Sabe-se que a análise multimodal, incluindo as ações corporificadas, agregaria diversas

considerações a esta pesquisa, tais como a análise das ações gestuais, olhares, lágrimas (que por vezes ocorrem durante as consultas). Isso porque seria possível analisar o que não está sendo feito verbalmente pelos/as participantes e que pode também ser relevante por influenciar nas ações realizadas. Contudo, como afirmam Clayman e Gill (2004, p. 122⁷⁷, tradução nossa),

[...] as gravações em áudio ainda oferecem o mesmo serviço básico que elas ofereciam a Sacks⁷⁸ nos anos 60: acesso à interação social ao nível de detalhamento que se aproxima do que está disponível para os/as próprios/as participantes, e a capacidade de verificação repetitiva.

Durante as gravações, o gravador era posicionado sobre a mesa do médico geneticista e a pesquisadora⁷⁹ sentava-se próxima ao profissional. A sua frente, sentava-se a paciente e, por vezes, seu/sua acompanhante de consulta (e.g. o pai da criança, familiar ou amiga/o). O primeiro mês de acompanhamento das pesquisadoras no local da pesquisa foi apenas para conhecer o ambiente e o dia a dia institucional dos/as participantes. Após esse período, iniciou-se a gravação dos atendimentos.

3.2 GERAÇÃO DOS DADOS

Os dados utilizados nesta pesquisa são de ordem naturalística, ou seja, “[...] dados advindos de situações cotidianas e que acontecem (e aconteceriam) com ou sem a presença de um/a pesquisador/a” (OSTERMANN; MENEGHEL, 2012, p. 14), definição esta que vale ser retomada, embora apresentada em nossa Introdução. Após a geração dos dados, foram realizadas as transcrições de todas as interações gravadas com base nas convenções propostas por Jefferson (1984), traduzidas e adaptadas pelo grupo FEI⁸⁰ com o amparo tecnológico do *software Audacity*. De

⁷⁷ “[...] audio recordings still offer the same basic service as they did for Sacks in the 1960s: access to social interaction at a level of detail that approaches what is available to the participants themselves, and the capacity for repeated examination”.

⁷⁸ A referência a Harvey Sacks refere-se à disponibilidade da tecnologia para gravação em áudio no início dos anos 60 que possibilitou o início dos estudos da Análise da Conversa.

⁷⁹ A gravação dos dados foi feita por pesquisadoras mulheres, sempre uma por consulta. Devido a esse fator, utilizaremos a *pesquisadora* (como um generalizador) ao longo do trabalho ao nos referirmos a quem acompanhava as consultas.

⁸⁰ As convenções de transcrição utilizadas neste trabalho, com as adaptações feitas pelo grupo FEI, estão no Anexo A.

acordo com Clift (2016, p. 53⁸¹, tradução nossa), “[...] a transcrição (1) é um guia para os dados, não um substituto a eles; (2) tenta ser a melhor representação do que o/a transcritor/a escuta ou vê; (3) tem uma relação reflexiva com a análise; (4) é sempre provisória: mudará e evoluirá; (5) é geralmente um esforço coletivo, uma série de revisões ao longo do tempo”. Da mesma forma que a coleta, a transcrição também foi feita por integrantes do grupo FEI.

A transcrição dos dados foi realizada em *templates* criados no programa *Excel* a fim de padronizar e organizar o formato das transcrições. Nesses *templates* das transcrições, há anotações de campo feitas pelas colegas que estavam presentes durante as gravações, que informam sobre os dados de cunho etnográfico.

É importante destacar que a transcrição é uma tentativa de representação da fala, e, por isso, a análise dos dados é realizada sempre a partir da escuta dos áudios (e visualização dos vídeos, quando disponíveis) acompanhadas das transcrições. Gail Jefferson desenvolveu o sistema de transcrição que “[...] (1) preserva os detalhes da fala como realmente foi produzida, enquanto (2) a mantém de forma simples o suficiente para permitir a transcrição acessível para o público em geral” (CLAYMAN; GILL, 2004, p. 122, tradução nossa)⁸². As transcrições proporcionam o compartilhamento dos dados com a comunidade científica, com as pessoas envolvidas na pesquisa e com os/as demais interessados/as no assunto.

Após ouvir as 54 interações disponíveis no nosso corpus de pesquisa advindas de consultas de aconselhamento genético, foram selecionadas as interações em que há recomendações médico-paciente e as demais foram descartadas para fins de análise desta dissertação. Dessas 54, 44 interações apresentam algum tipo de recomendação médico-paciente. Os dados foram analisados observando-se o formato e a sequencialidade de cada uma das interações sob a perspectiva da Análise da Conversa.

⁸¹“Transcription is a guide to the data, not a substitute for it; transcription tries to represent what the transcriber hears and/or sees; transcription and analysis have a reflexive relationship; transcription is always provisional: it will mutate and evolve; transcription is often a collective endeavour, a series of laminations over time”.

⁸²“[...] (1) preserving the details of talk as it was actually produced, while (2) remaining simple enough to yield transcripts that are accessible to a general audience”.

3.3 ANÁLISE DA CONVERSA

A análise dos dados desenvolvida nesta dissertação de Mestrado foi realizada sob a perspectiva teórico-metodológica da Análise da Conversa, doravante AC (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974; CLIFT, 2016), que se propõe a descrever como falantes atribuem sentido ao que está acontecendo em determinada conversa, ao analisar a sequencialidade das interações. Os turnos de fala são analisados identificando as ações que estão sendo implementadas no turno a turno da interação. (SCHEGLOFF, 2007).

Mas por que estudar a fala-em-interação?

A conversa pode ser considerada como o elemento primordial da vida social: é em grande parte através da conversa que nos socializamos, que as instituições econômicas e políticas, por exemplo, são gerenciadas, e que conduzimos nossas vidas sociais. (DREW, 2005, p. 74⁸³, tradução nossa).

A AC surgiu da Etnometodologia (EM), no final dos anos 1960, fundada pelo sociólogo Harvey Sacks e por seus colaboradores Emanuel Schegloff e Gail Jefferson. Basicamente, a AC dedica-se a estudar a fala-em-interação: conversas face a face, via telefone e, mais recentemente, conversas mediadas por programas de computador (*chats*, por exemplo). A questão fundamental que impulsionou os estudos de AC recai sobre o entendimento de que, ao contrário do que se supunha antes dos estudos de Sacks, a fala-em-interação não é caótica. Ao contrário, ela é extremamente organizada e, portanto, passível de ser descrita, sistematizada e analisada. Förster (2013) enfatiza que Sacks, Schegloff e Jefferson pertenciam a uma nova geração que estava insatisfeita com as teorias funcionalistas existentes que ignoravam os indivíduos e suas ações em nível micro e, por isso, buscavam uma nova perspectiva teórico-metodológica.

Como já mencionado, a AC observa e analisa interações naturalísticas⁸⁴, que devem ser gravadas em áudio e/ou em vídeo pelas seguintes razões. (POMERANTZ; FEHR, 1997, p. 70⁸⁵, tradução nossa):

⁸³“Conversation might be regarded as the primordial site of social life: It is largely through conversation that we are socialized, through which institutional organizations such as economy and the polity are managed, and through which we manage our ordinary social lives”.

⁸⁴ Veja-se definição de *interações naturalísticas* na seção 3.2: Geração dos Dados.

⁸⁵[...] (1) certain features are not recoverable in any other way; (2) playing and replaying facilitates transcribing and developing an analysis; (3) recording makes it possible to check a particular

[...] (1) algumas características não são recuperáveis de outra forma; (2) ouvir e/ou assistir várias vezes facilita a transcrição e o desenvolvimento da análise; (3) gravar permite uma análise particular dos materiais; (4) gravar permite retornar à interação com novos interesses analíticos.

A questão da presença da câmera e/ou do gravador é, por vezes, motivo de discussão, já que algumas pessoas acreditam que os/as participantes podem alterar seus comportamentos em função disso. Essa mesma situação pode ocorrer em relação à presença do/a pesquisador/a no local da coleta dos dados. Clayman e Gill (2004) explicam que ao interagirmos já estamos sendo observados/as por nossos/as interagentes e que, no caso da gravação das interações, se os/as participantes se sentirem incomodados/as com a presença do equipamento ou dos/as pesquisadores/as, essa situação se prolongará por pouco tempo. Assim, apenas os minutos iniciais da interação poderiam ser influenciáveis para os/as participantes.

Clift (2016, p. 1⁸⁶, tradução nossa) destaca as “[...] duas *coisas* fundamentais centrais da AC: ação e sequencialidade”. Esses dois elementos são prévios à linguagem, visto que é possível realizar ações corporificadamente, sem a oralidade. A sequencialidade (SACKS, 1984a), um dos princípios fundamentais da AC, refere-se à experiência comum de que “[...] uma coisa leva a outra”. (HAVE, 2007, p. 130 *apud* OSTERMANN; MENEGHEL, 2012, p. 37). Ostermann e Meneghel (2012) exemplificam a questão da sequencialidade com um cumprimento que requer outro cumprimento, “[...] um *oi* vem depois de outro *oi*”. A sequencialidade é característica fundamental das interações humanas, por meio da qual as ações dos/as interagentes, outro princípio fundamental da AC, são observadas bem como seus entendimentos evidenciados sob uma perspectiva êmica, i.e., analisa-se a perspectiva dos/as participantes, com o foco de investigação no que eles/as demonstram estar orientados/as na interação social.

Contudo, cabe ressaltar que há uma grande diferença entre os sentimentos, desejos e intenções internas não reveladas pelos indivíduos, e o que os/as participantes demonstram/revelam. Segundo a ótica da AC, não são analisadas as crenças, as intenções, os pensamentos, as vontades dos/as interagentes, mas o turno a turno das interações.

analysis against the materials; (4) recording makes it possible to return to an interaction with new analytic interest”.

⁸⁶ “[...] the two fundamental things at the core of conversation analysis (CA): action and sequence”.

São quatro os princípios básicos da AC, segundo Drew (2005, p. 79⁸⁷, tradução nossa): (1) turnos de fala e tomada de turno; (2) formato do turno; (3) ação social; e (4) organização sequencial. Wong e Waring (2010, p. 8⁸⁸, tradução nossa) incluem a prática do reparo (i.e., “[...] maneiras de abordar problemas de fala, audição ou compreensão da fala”) como parte do modelo das práticas interacionais. Em relação à organização sequencial, Sidnell (2005) ressalta a importância do turno a turno para o entendimento prático do conhecimento como uma distribuição de direitos e obrigações de saber e as consequências desse entendimento para a forma com que os/as participantes interagem uns/as com os/as outros/as.

A AC entende a fala como ação social, como os turnos de fala estão sendo entendidos pelos/as participantes, seja como um convite, uma oferta, uma sugestão, etc. Ou seja, realizamos diferentes ações através da fala-em-interação. Para tanto, a conversa organiza-se em pares adjacentes (WONG; WARING, 2010, p. 57⁸⁹, tradução nossa), “[...] sequências de duas ações produzidas por dois/duas falantes diferentes, em que a primeira ação torna relevante determinada próxima ação”. Ou seja, a fala é “uma característica básica e constitutiva da vida social humana”. (OSTERMANN, 2012, p. 33). A fim de ressaltar a importância das ações sociais da vida cotidiana realizadas através da fala-em-interação, Ostermann (2012, p. 36, grifo da autora) exemplifica:

[...] instituições como hospitais, escolas, fóruns de justiça, as próprias residências familiares, entre outros, podem ser entendidas como ambientes de várias interações sociais; ou melhor, como constituídas, cada uma delas, de várias interações sociais. [...] O que seria da moderna infraestrutura de uma edificação (ou um conjunto delas) chamada ‘universidade’ se ali não acontecessem os mais variados tipos de interações, como aulas, palestras, debates, reuniões de grupos de pesquisa, etc.?

Dito isso, para a AC, por meio da fala, os/as interagentes não produzem somente uma sequência de enunciados, mas implementam uma sequência de ações. Dessa forma, a interação é o domínio central da AC, sendo que a linguagem é o principal componente, mas não o exclusivo.

Watson e Gastaldo (2015) enfatizam o caráter analítico da AC. Entre as primeiras realizações da AC está o sistema de troca de turnos, que são “[...]”

⁸⁷ “Turns at talk and turn taking; turn design; social action; and sequence organization”.

⁸⁸ “Repair practices: Ways of addressing problems in speaking, hearing, or understanding of the talk”.

⁸⁹ “Adjacency pair refers to a sequence of two turns produced by different speakers and ordered as first pair-part (FPP) and second pair-part (SPP), where a particular type of requires a particular type of SPP”.

etnométodos empregados para organizar a ordem e a precedência entre os/as participantes de uma conversa”. (WATSON; GASTALDO, 2015, p. 99). O sistema de troca de turnos desempenha um papel importante na produção de conversas, visto que o que conta para uma unidade de turno é o seu *status* interacional e não o gramatical. Ou seja, um turno pode ser ocupado por um gesto, um som, ou por um único item lexical, por exemplo.

4 ANÁLISE DE DADOS

Conforme discutido nas seções anteriores, por meio da perspectiva teórico-metodológica da AC, nos propomos a descrever e a analisar como se dá a sequência de recomendações médicas em consultas de AG e o processo de tomada de decisão. Para este propósito, faz-se necessário analisar como a recomendação para a realização de testagem genética acontece, visto que o formato utilizado para recomendar pode influenciar na tomada de decisão das pacientes.

Organizamos o capítulo de análise de dados em duas seções para descrever como as recomendações são realizadas e para exemplificar as diferentes *subações* da ação de recomendar: (a) análise do formato das recomendações em sua primeira ocorrência na interação, e (b) análise da estrutura geral e o formato das recomendações em duas interações médico-paciente: (i) uma em que a autoridade deontica do profissional é resistida pela gestante; (ii) outra em que a autoridade deontica do profissional é consentida pela paciente. As análises dos excertos estão dispostas de forma a apresentar como ocorre a recomendação de um exame pelo geneticista e como as pacientes tomam a decisão de consentir ou resistir à recomendação. Em cada uma dessas duas interações (i e ii), realizamos dois níveis de análise: (1) nível macroestrutural do segmento em que ocorre a recomendação, considerando a OEG daquele segmento; (2) nível micro, analisando características linguístico-interacionais envolvidas nas sequências de recomendações, tais como: o formato de apresentação de riscos; minimização do risco; agentividade envolvida nos riscos; e o formato da apresentação da relação beneficiário/a-benfeitor/a.

4.1 O FORMATO DAS RECOMENDAÇÕES EM SUA PRIMEIRA OCORRÊNCIA NA INTERAÇÃO

Ao analisarmos as 44 consultas de AG, percebemos que as recomendações iniciam com determinado formato que muda ao longo da interação. Essa mudança ocorre caso seja necessário recomendar novamente, frente à resistência da paciente, ou após um não consentimento explícito. Stivers et al. (2017), amparados/as por Byrne e Long (1997), afirmam que a recomendação de tratamentos pode ser realizada de forma mais ou menos autoritária, dependendo do formato e da ação realizada. Por exemplo, segundo Stivers et al. (2017, p. 1,

tradução nossa), há diferenças claras de autoridade entre: “Eu vou iniciar você em X.” (*I’m going to start you on X.*), “Nós podemos dar a você X para testar.” (*We can give you X to try.*), e “Você gostaria que eu desse a você X? (*Would you like me to give you X?*).

A fim de investigar se as recomendações em AGs realizam ações diferentes e apresentam formatos distintos, optamos por considerar o formato de como a recomendação é feita em sua primeira ocorrência na interação. A análise aqui realizada baseia-se nas subações da ação de recomendar identificadas por Stivers et al. (2017): pronunciamentos, sugestões, propostas, ofertas e asserções. Além do objetivo já mencionado, buscamos investigar como as ações identificadas nas recomendações relacionam-se com a autoridade epistêmica e deôntica dos/as participantes.

Os seis trechos de interações que analisamos nesta seção⁹⁰ acontecem entre o geneticista (Jeferson) e as gestantes que, por vezes, estão acompanhadas de algum/a familiar. No Excerto 3, o geneticista Jeferson e a paciente Cassiana, 29 anos e 22 semanas de gestação, interagem sobre um exame disponível em outro hospital.

EXCERTO 3: HMF_ACONGEN_cassiana_JEFERSON_05_11_13

70 MED: o que eu queria ver contigo (ali) ã é cassiana,
 71 é o seguinte. eu consegui com um colega
 72 que também trabalha no hospital (nome omitido)
 73 um exame além do cariótipo que ele- ele
 74 ajuda a entendê melhor o que que é aquele
 75 pedacinho a mais no oito
 76 PAC: ãrrã
 77 MED: porque a gente é: tá meio assim tentando
 78 entender o que- que que tá acontecendo
 79 né hhh
 80 PAC: ãrrã
 81 MED: tipo, porque que tá diferente,
 82 {{rindo} né}?=
 83 PAC: =ãrrã
 84 MED: né? qual o significado daquilo, [né?]
 85 PAC: [ãrrã]
 86 MED: então ela tem um exame agora que ela,
 87 que ela conseguiu novo
 88 PAC: °mhm°
 89 MED: que é um exame que tem como determinar o que

⁹⁰ O critério de seleção dos trechos foi a análise da ação de recomendar que está acontecendo nas interações e o que representam as recorrências.

90 que quer dizer aquele pedacinho a mais,
 91 né?=
 92 PAC: =mhm.
 93 MED: pra i::sso cassiana eu só precisaria,
 94 fazer uma coleta de sangue teu
 95 PAC: ãrrã
 96 MED: poderia ser?=
 97 PAC: =SIM

Nas linhas 70-75, Jeferson fornece informações à gestante referentes a um exame que está disponível em outro hospital e que ele conseguiu para Cassiana por meio de uma colega médica. Nas linhas 73-75, Jeferson provê uma justificativa explicativa sobre a importância desse exame (“ajuda a entendê melhor o que que é aquele pedacinho a mais no oito” – referindo-se ao cromossomo oito). Em seguida, nas linhas 93-94, o geneticista faz um pronunciamento (“pra isso cassiana eu só precisaria fazer uma coleta de sangue teu”). Segundo Stivers et al. (2017), o pronunciamento caracteriza-se por ser uma recomendação como já determinada e que não necessariamente pede (ou busca) aceitação (nesse caso, da paciente), mas que, no entanto, geralmente a recebe.

Nesse caso, a paciente consente a recomendação na linha 95 (“ãrrã”), e o médico solicita uma confirmação da paciente, reformulando sua recomendação, que antes estava no formato de pronunciamento, em formato de proposta (linha 96: “poderia ser?”). A proposta é definida por Stivers et al. (2017) como uma recomendação realizada de forma a convidar especificamente a colaboração, o esforço e uma aceitação mais forte do/a paciente (mais *ativa* do que “ãrrã”, nesse caso). Em outras palavras, a recomendação combina uma orientação para a decisão final ainda não tomada, que necessita da colaboração do/a interlocutor/a, aqui, da paciente. Ou seja, tratando-se da organização da sequência, algo *tem* que ser feito interacionalmente de modo a auxiliar a interlocutora a perceber que a sequência de provimento de informação encerrou e que o médico, nesse momento, almeja outra ação da paciente: o aceite. A negociação também ocorre nesse nível: em que momento o aceite deve ser dado.

É possível especular, também, que o geneticista tenha se orientado para o “ãrrã” (linha 95) da paciente apenas como um recibo de entendimento (não como um aceite) e, por esse motivo, tenha realizado a proposta da linha 96 (“poderia ser?”).

O Excerto 4 trata de uma interação entre o geneticista e a gestante Mariana. O feto apresenta apenas um rim, malformação essa que é recorrente na família. Em

função desse quadro, recomenda-se que o casal realize uma ecografia para examinar seus próprios rins.

EXCERTO 4: HMF_ACONGEN_mariana_JEFERSON_01_10_13

56 MED: tá .hh ã: (.) o que vai ser bem
 57 importante é- é mariana é-
 58 eu já falei com o pessoal né e hoje
 59 quando for fazê tua ecografia pra ver o bebê
 60 eles já vão ver a parte dos- dos rins teu tá
 61 **o que eu posso também fazê o- o no caso (.) ã::**
 62 **o douglas (.) ele tem algum <con↑vênio::>**
 63 >não.<
 64 (.)
 65 MED: **mas eu posso fazê o pedido pra tentá**
 66 **é que como- eu não tenho prontuário aqui no**
 67 **hospital eu não tenho como fazê o pedido pra**
 68 **fazê o dele né**
 69 PAC: °mhm°
 70 MED: **mas eu tenho como fazê uma requisição (.) pra**
 71 **ele podê levá num posto de saúde pra tentá**
 72 **fazê tam[bém]=**
 73 PAC: [tá]

Na linha 61 (“o que eu posso também fazê”), o médico inicia uma oferta que é finalizada nas linhas 65 (“*mas eu posso fazê um pedido pra tentá*”) e 70-72 (“*mas eu tenho como fazê uma requisição (.) pra ele podê leva num posto de saúde pra tenta fazê também*”). A oferta (que é o que Jeferson faz aqui), segundo Stivers et al. (2017), é uma subação da ação de recomendar que demonstra a vontade do/a médico/a de prescrever. Contudo, diferentemente dos pronunciamentos, sugestões e propostas, quando realizada nesse formato (de oferta), a ação de recomendar é apresentada como um produto da agentividade do/a paciente. Em outras palavras, a oferta implica que a agentividade do/a paciente seja a força motriz por trás da recomendação. Nesse caso, a oferta seria para fornecer um requerimento para o marido de Mariana, Douglas, conseguir realizar o exame para verificação dos rins em outro local, já que no hospital estudado apenas a mãe pode realizar o exame.

A terceira interação acontece entre o médico, a gestante (aqui chamada de Catarina) e sua sogra (que não interage oralmente nesse trecho da interação). Catarina fora encaminhada a esse hospital para sua primeira consulta de AG, em

função de uma alteração no exame de translucência nugal⁹¹ (TN) realizado em outro hospital. A gestante tem 36 anos e, no momento dessa consulta de AG, está com treze semanas de gestação.

EXCERTO 5: HMF_ACONGEN_catarina_JEFERSON_26_11_13

74 MED: =.h então como deu uma medida um pouquinho
 75 aumenta:da e tem esse fator da idade .h ele
 76 acabô::: >tipo< cálculo de risco .h a gente ganha
 77 um risco (.) a princípio maior né .h >seria< .h
 78 o cálculo de risco pra ti ter uma ideia (.) o
 79 ponto de corte também dele é- <um pra duzentos>
 80 .h enquanto- então quanto o número me↑nor- quanto
 81 menor o número (.) [esse]
 82 PAC: [mais] risco
 83 MED: mais risco exatamente >então por isso< como- .h
 84 um pra cento e um >na verdade< ele é: um risco
 85 mai↑or (.) que um pra duzentos. .h >então< .h ele::
 86 (.) tipo fo- entraria nesse risco que seria um
 87 pouco maior .h **e conseqüentemente já até existiria**
 88 **a indicação de fazê exames né** .h a >doutora ((nome
 89 omitido))< te falô alguma [co:isa?]
 90 PAC: [amniocen]tese
 91 MED: **i::sso da amniocentese °né.°** >que daí< a gente vai-
 92 conversá mais em detalhes as[sim]=
 93 PAC: [tá]

A recomendação, nas linhas 87-88 (“e conseqüentemente já até existiria a indicação de fazê exames”), envolve uma generalização sobre o procedimento a ser realizado, a amniocentese (linhas 90-91). O fato de haver alteração no exame de TN e a gestante ter mais de 35 anos implica na indicação do procedimento, conforme o médico. A recomendação é realizada sem diretivos⁹² à paciente. De acordo com Stivers et al. (2017), essas mesmas características definem uma asserção, como uma subação da ação de recomendar. Ou seja, em casos como esse (generalizações), há o provimento de informação sobre um procedimento padrão que, por sua vez, nessa interação, é modalizada com o uso de *até existiria* (que é diferente de *existe*), o que minimiza a autoridade deôntica do profissional. Além disso, o posicionamento epistêmico da gestante demonstra que ela está orientada à

⁹¹ Esse exame é realizado entre a 10^a e a 12^a semana de gestação para medir a espessura da pele da nuca do feto, pois todas as alterações cromossômicas graves (trissomias 21, 18, 13 e síndrome de Turner) estão associadas à TN aumentada. (FIGUEIREDO et al., 2012).

⁹² Diretivos são comandos que tem como objetivo dirigir a fazer algo para um determinado fim de forma direta como uma *ordem* ou *solicitação*. (AURÉLIO, 2016).

explicação do geneticista sobre o risco existente (linhas 74-81), visto que ela coconstrói o turno iniciado por Jeferson (linhas 80-82: “quanto menor o número, mais risco”). O médico, por sua vez, confirma a informação provida pela paciente (linha 83: “mais risco exatamente”). Outro momento da interação que demonstra a orientação da paciente aparece na linha 90 (“amniocentese”), quando ela nomeia o exame citado pelo médico (mas não nomeado) na linha 88 (“exames”). Novamente, Jeferson confirma o entendimento de Catarina (linha 91: “isso da amniocentese”). O trabalho interacional de ambos participantes revela a busca pelo emparelhamento de conhecimento descrita por Heritage 2012a (C+ ↔ C+).

Assim como o Excerto 5, as três seguintes interações também apresentam características de asserções. A primeira delas ocorre entre a gestante Maria e o geneticista Jeferson. A gestante tem 22 anos e está com 19 semanas de gestação.

EXCERTO 6: HMF_ACONGEN_maria_JEFERSON_28_01_14

610 MED: a gente também fica de mão ata:da
 611 °às vezes né. en↑tã:o° (0.4) .h mas
 612 a gente tá tentando entendê melhor o
 613 que que tá acontecendo com o °be↑bê°
 614 (.)
 615 MED: °né a gente° não sabe: .h tipo tem
 616 alguns sinais (.) que- falam
 617 que talvez seja alguma coisa
 618 mais gra:ve né [(mas a gente)]
 619 PAC: [°si::m°.
 620 MED: tem que entendê ainda melhor o que que
 621 tá acontece:ndo °↓né:°
 622 (0.7)
 623 MED: (°°tá°°) é mais nesse sentido .hhh (.)
 624 o:: (0.4) a: o doutor (nome omitido) e a doutora:
 625 >(nome omitido)< te (°comentaram°) aquela
 626 questão do exa:me
 627 (0.8)((provavelmente a gestante confirma))
 628 MED: °tu (.) tu° enten↑deu como é que
 629 funciona aquela questão do exame da
 630 gené:tica,
 631 (0.6)((provavelmente a gestante nega))
 632 MED: ↓a: eu acho que eles não falaram
 633 (tanto) pra ti ↑né:
 634 (.)
 635 MED: .h daquele exame das vinte e duas
 636 semanas.
 637 (0.5)
 638 MED: eles não te explicaram [(°tanto) né°.]
 639 PAC: [n:↑ão é que]

640 na <verdade:> [(°tem) né°]
 641 MED: [é: né]
 642 PAC: e↑u: (.) que eu [sai]ba=
 643 MED: [sim]
 644 PAC: =.h
 645 MED: ã[rrã]
 646 PAC: [essa] e:co: ã: é a mais detalhada
 647 (eco)
 648 (.)
 649 MED: i[:sso]
 650 PAC: [e re]almente eles vão conseguir ↑ver
 651 (.)
 652 MED: isso d- mas como eu te falei às vezes
 653 a gente precisa de outros
 654 exames pra tentá entendê melhor o que
 655 **que tá acontecendo °né° .h pra ↑isso**
 656 **existe um exame que é específico (.)**
 657 **que ele é mais da genética °daí°**
 658 (0.4)
 659 MED: >°tá°< **que é o exame da <punção>**
 660 (0.4)
 661 MED: tu já- tu já ouviu fa↑lá ↑né:
 662 .h então na verdade o que que acontece
 663 usualme:nte, (.) °é: o que é°
 664 **o exame que a gente faz mais**
 665 **rotineirame:nte (0.4) é o exame que-**
 666 **faz a punção e retira pa:rte do**
 667 **lí:quido .h (.) que tá em volta do**
 668 **bebê, (.) pra fazê análise genética**
 669 **do bebê**
 670 PAC: mhm
 671 MED: °especificamente° dos cromossomos
 672 [tá:]
 673 PAC: [sim] mhm=
 674 MED: =pra ver se .h (.) o bebê
 675 ↑pode (0.4) >de repente pelos-<
 676 pelos achados que ele apresenta,
 677 .h isso fazê parte de uma ↑síndrome
 678 (.) uma doença genética .h associada
 679 aos cromossomos

Conforme supramencionado, nas linhas 655-657, há uma asserção sobre o procedimento da amniocentese, apresentado como um procedimento padrão nesses casos (linhas 664-669). As escolhas lexicais utilizadas (linhas 664-665: “o exame que a gente faz mais rotineiramente”) e as ações demonstram a regularidade da recomendação do exame de punção para “tentá entendê melhor o que que tá acontecendo - com o feto” (linhas 654-655). Nota-se que a asserção sobre o exame “pra isso existe um exame que é específico que ele é mais da genética daí” (linhas

655-657), implica em uma recomendação, sem realmente realizar uma explicitamente (por exemplo: “é recomendado um exame”). Cabe ressaltar que nessa interação, o posicionamento epistêmico da gestante difere da interação anterior já que nas linhas 632-633 o médico demonstra seu entendimento de que a paciente não dispõe de informação sobre a natureza do exame (“eu acho que eles (dois médicos) não falaram tanto pra ti né”). Na linha 638 (“eles não te explicaram tanto né”), o geneticista refaz o pedido de confirmação a fim de a gestante posicionar-se epistemicamente. A partir desse pedido de confirmação, a gestante posiciona-se como C- explicitando o que ela sabe sobre o assunto e realiza um pedido de informação (linha 650: “e realmente eles vão conseguir ver”). Pedido esse que não é atendido pelo geneticista.

A terceira interação, que apresenta características semelhantes aos dois excertos anteriores, no que tangem asserções, ocorre entre a gestante Sinara, 31 anos, 17 semanas de gestação, seu companheiro (que não interage nesse trecho da interação) e o geneticista.

EXCERTO 7: HMF_ACONGEN_sinara_JEFERSON_28_01_14

1138 MED: é: então mas a gente pensa nessa
 1139 possibilidade realmente que o bebê
 1140 possa <ter alguma síndrome né>
 1141 (.)
 1142 MED: .hh na verdade o que eu vou fazê
 1143 é assi:m ó eu vou discutir o ca:so
 1144 (0.5) é: junto com o pessoal
 1145 da equi:↓pe
 1146 (.)
 1147 MED: porque .h o que que acontece (.)
1148 <↑ne:sses ca:sos,> (.) **existiria**
1149 **a indicação da gente fazê outros**
1150 **exa:mes**
 1151 (0.4)
 1152 MED: [né::]
 1153 PAC: [(pra] tentá entendê)
 1154 MED: i:sso pra tentá entendê né se ↑pode
 1155 ser genético ou não
 1156 PAC: mhm=
 1157 MED: =né:
 1158 (.)
 1159 MED: existe um exame que a gente faz que é
 1160 o exame <da punção:>
 1161 (.)
 1162 PAC: arrã

1163 MED: foi falado com [vocês]
 1164 PAC: [foi] falado pra mim.
 1165 MED: foi falado.
 1166 (.)

Nas linhas 1148-1150, o geneticista recomenda um procedimento padrão (“nesses casos existiria a indicação”) para o caso em questão, a amniocentese (linhas 1159-1160). Da mesma forma que se vê nos excertos anteriores, a recomendação aqui é realizada como uma asserção, visto que, tipicamente, as asserções envolvem generalizações sobre o tratamento de doenças. Porém o uso do léxico “indicação” (linha 1149) parece estar não apenas para uma asserção, como também para uma sugestão, visto que (assim como no Excerto 5), parece estar sugerindo o exame e convidando a gestante a decidir sobre sua realização (ou não).

Por fim, o Excerto 8 abarca a quarta interação em que identificamos a subação da asserção na ação de recomendar. A interação ocorre entre o médico, a paciente Dara e sua mãe (que não interage oralmente neste trecho da interação). Dara tem 26 anos e está com 27 semanas de gestação.

EXCERTO 8: HMF_ACONGEN_dara_JEFERSON_04_02_14

1198 MED: se vai surgir al↑gum- porque existem .h
 1199 problemas da gravidez que tão
 1200 sujeitos (.) tipo: tem algum
 1201 aumento de pressã:o, .h tem o diabe:tes,
 1202 e alguma outra coisa que isso, .hh
 1203 pode acontecê: né então a gente tem que
 1204 vê: .h porque a gente tá cuidando
 1205 ↑não só do be↑bê a gente cuida de ti:,
 1206 (0.4) né: vê a família como um to:do
 1207 né: entã:o .hh por isso que vai ser
 1208 importante a gente continuá acompanhando
 1209 tá:
 1210 (.)
1211 MED: .hh da ↑minha parte da gené:tica,
1212 (.) .h seria, (0.5) importante a gente
1213 in↑dicá a realizaçã:o, (.) .h de
1214 um exa:me que é da gené:tica daí:.
 1215 (.)
 1216 MED: .h ↑foi falado pra vocês do
 1217 exame da pun↑ção
 1218 (1.0) ((PAC provavelmente nega com a cabeça.))
 1219 MED: não.
 1220 (0.7)

1221 MED: isso não foi comentado °com vocês°.
 1222 (.)
 1223 MED: .hhhh (.) existe um exame que a gente
 1224 pode avaliá:: (.) a parte da genética
 1225 do bebê °tá°.

Nas linhas 1211-1214 há a recomendação do procedimento de punção, nesse caso, da cordocentese⁹³. As escolhas lexicais utilizadas para realizar essa recomendação e as ações do profissional, demonstram a autoridade epistêmica e deontica do geneticista (linha 1211: “da minha parte da genética”). Ou seja, como a cordocentese é “um exame que é da genética” (linha 1214), o médico torna explícito que tem autoridade epistêmica sobre o assunto, o que justifica a recomendação realizada nas linhas 1212-1213 (“seria importante a gente indicá a realização [...]).

Nota-se que, em concordância ao estudo de Stivers et al. (2017), o formato da asserção utiliza vocabulário despersonalizado, trata de uma generalização, e a importância de realizar o procedimento é destacada pelo geneticista (linha 1212). Contudo, novamente, o uso do verbo *indicar* (linha 1213) revela características de sugestão, conforme mencionado anteriormente (Excertos 5 e 7). Ou seja, as interações aqui analisadas (Excertos 5, 7 e 8) não são meramente asserções, conforme definidas por Stivers et al. (2017). Ao focarmos no formato em que essas recomendações são realizadas, percebemos que o geneticista não informa simplesmente que “existe um exame que pode mostrar X e Y”. Ele produz um turno que *normalmente* informa que *existe a indicação de fazer o exame X e Y*. A ação de tratar simplesmente da *existência do exame*, de sua disponibilidade, é distinta da ação de dizer que *existe a indicação de realizá-lo*. A partir desta análise, sugere-se, então, que essas interações pertençam a uma nova categoria, não descrita por Stivers et al. (2017). A subação da recomendação aqui caracteriza-se como *algo entre asserção e sugestão* (*‘asserção+sugestão’*).

Ao contrário do estudo de Stivers et al. (2017), as asserções aparecem em número elevado. De qualquer forma, são recomendações feitas via generalizações que abordam os benefícios do procedimento em si. As asserções tendem a apresentar grau de deonticidade baixo (D-). Porém, nesse caso, o D- do número elevado de asserções é superado pelo D+ (alto grau de deonticidade) das escolhas lexicais realizadas pelo profissional.

⁹³ Vejam-se mais informações sobre a cordocentese na subseção 2.1.1: Análise do cariótipo fetal: amniocentese e cordocentese. Fica ainda mais evidente a recomendação para a realização desse procedimento no excerto 9, analisado adiante.

Além disso, encontramos outra diferença significativa entre o estudo de Stivers et al. (2017) e os dados relacionados a asserções aqui analisados. Enquanto que na análise de Stivers et al. (2017), a asserção é geralmente utilizada quando os/as pacientes demonstram-se resistentes a algo relacionado ao tratamento ou tenham indicado um desejo ou expectativa alternativa, em nossos dados, as asserções e as subações da recomendação identificadas por nós - não classificadas por Stivers e al. (2017) - acontecem quando as recomendações envolvem um procedimento mais delicado, como a recomendação de um procedimento relativamente invasivo, a amniocentese ou a cordocentese. Mesmo não se tratando de um paralelismo entre as duas situações, visto que nos dados de Stivers et al. (2017) trata-se de uma descrição sequencial de quando a asserção acontece, no caso, em resistência, e nos nossos dados a ocorrência ser ocasionada dependendo do exame em questão, chama a atenção a recorrência e a regularidade do uso de asserções e *asserções+sugestões*⁹⁴ nessas situações.

Como vimos, ao analisarmos os turnos das recomendações realizadas em sua primeira ocorrência nas interações, as recomendações são feitas em formatos diferentes ao longo das consultas de AG. A fim de analisarmos a tomada de decisão das pacientes, foco deste estudo, faz-se necessário descrever a organização estrutural e o formato das recomendações como um todo (não apenas na primeira ocorrência).

4.2 A ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL GERAL E O FORMATO DAS RECOMENDAÇÕES EM DUAS INTERAÇÕES MÉDICO-PACIENTE

Dentre as 44 interações analisadas em que há recomendações, apenas duas delas apresentam resistência da gestante em seguir a recomendação feita pelo médico geneticista. Nesse caso, a autoridade deontica do médico emerge ao longo da consulta, mas é resistida pela paciente, que não aceita o exame recomendado naquele momento da gestação.

⁹⁴ *Asserções+sugestões* foi utilizado para referirmos à subação da ação de recomendar identificada a partir da análise de dados que não foi descrita por Stivers et al. (2017).

4.2.1 Autoridade Deôntica Resistida

Nesta subseção, apresentamos um excerto que faz parte da primeira consulta de AG da gestante Dara⁹⁵. Ela fora encaminhada a essa consulta pois, no último exame realizado, ecografia morfológica, foi verificado que o feto apresenta rins policísticos e há pouco líquido amniótico na placenta. Em razão da escassez de líquido, gerou-se um quadro gravíssimo para o feto, já que seus pulmões ficam comprometidos ainda dentro do útero, ao não se formarem como deveriam. O quadro é grave pois, após o nascimento, o/a bebê necessita respirar sozinho/a (e não mais com o auxílio da mãe). A consulta da qual o excerto faz parte foi realizada para indicar a cordocentese⁹⁶, exame de diagnóstico em que é retirada uma amostra de sangue do feto (ou do/a bebê após o nascimento) a partir do cordão umbilical, com o propósito de detectar alguma alteração cromossômica e/ou doenças como toxoplasmose, rubéola, anemia fetal ou citomegalovírus. A gestante Dara está acompanhada por sua mãe. Dara tem 26 anos e está com 27 semanas de gestação, conforme supramenção.

Trata-se de uma consulta com a duração de 51 minutos e 49 segundos e, para melhor estruturação da análise, optamos por realizá-la em dois níveis⁹⁷: (1) nível macroestrutural do segmento em que ocorre a recomendação, considerando a organização estrutural geral (OEG) daquele segmento; e (2) nível micro, em que analisamos características linguístico-interacionais que permeiam a sequência das recomendações médicas, tais como: o formato de apresentação de risco, minimização do risco; agentividade envolvida nos riscos.

O Quadro 6 explica e exemplifica o foco analítico de uma investigação de OEG (tratada como nível 1) e de uma investigação de características linguístico-interacionais das sequências de recomendações médicas (tratada como nível 2).

Quadro 6 - Níveis de análise dos dados: interação médico-paciente (Jeferson-Dara)

Níveis de Análise		
Nível 1	Nível macro estrutural do segmento em que	Exemplo de uma análise de OEG – Organização Estrutural Geral:

⁹⁵ Trecho da interação já mencionado na seção 4.1, Excerto 8.

⁹⁶ Vejam-se mais informações sobre a cordocentese na subseção 2.1.1: Análise do cariótipo fetal: amniocentese e cordocentese.

⁹⁷ Essa estruturação da análise é constituída em conformidade aos objetivos específicos delimitados na Introdução, os quais orientam esta análise desde sua fase inicial.

	ocorre a recomendação considerando a OEG	<p>saudação</p> <p>↓</p> <p>obtenção da identidade dos/as pacientes</p> <p>↓</p> <p>recuperação e revisão dos registros dos/as pacientes</p> <p>↓</p> <p>prontidão para coletar informação, diagnosticar e tratar do problema existente</p> <p>(ROBINSON, 2003)</p>
Nível 2	Nível Micro: características linguístico-interacionais envolvidas nas sequências de recomendação	Formato de apresentação de riscos; minimização do risco; agentividade envolvida nos riscos.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2.1.1 Autoridade Deontica Resistida: Nível Macro de Análise

Como mencionado anteriormente, a consulta analisada foi realizada com a finalidade de indicar a cordocentese, que é um procedimento que pode ser realizado tanto no feto quanto no/a bebê recém-nascido/a. (KOHATSU et al., 2012). Na interação analisada, foram identificadas duas fases, pois é assim, interacionalmente falando, que ela se apresenta. As duas fases estão justamente relacionadas ao provimento de informação à gestante em relação às duas possibilidades de testagem, pré e pós nascimento.

EXCERTO 9 - HMF_ACONGEN_dara_JEFERSON_04_02_14 (repetição de um trecho e continuação)

1211 MED: .hh da †minha parte da gené:tica,
1212 (.) .h seria, (0.5) importante a gente
1213 in†dicá a realizaçã:o, (.) .h de
1214 um exa:me que é da gené:tica daí:.
1215 (.)
1216 MED: .h †foi falado pra vocês do
1217 exame da pun†ção
1218 (1.0) ((PAC provavelmente nega com a cabeça.))

1219 MED: não.
 1220 (0.7)
 1221 MED: isso não foi comentado °com vocês°.
 1222 (.)
 1223 MED: .hhhh (.) existe um exame que a gente
 1224 pode avaliá:: (.) a parte da genética
 1225 do bebê °↓tá°.
 1226 (.)
 1227 MED: .h que é um exame que a gente faz <uma
 1228 punção>
 1229 (0.4)
 1230 MED: .h usualmente a gente faz pra: retirá
 1231 uma pequena quantidade de líquido
 1232 mas como no teu caso: o bebê ↑não te:m
 1233 (.) quase líquido é muito pouco: (.)
 1234 .h a gente tem como fazê essa punção do cordão
 1235 (.) umbilical
 1236 (0.4)
 1237 MED: e pegá sangue, (.) diretamente, (0.9)
 1238 pra avaliá (0.5) uma ↑parte da
 1239 genética do bebê que é dos cromosso:mos
 1240 né:.
 1241 (0.4)
 1242 MED: .h então isso a gente teria que ↑ver
 1243 .h (1.3) ã no sentido a gente in↑dica:
 1244 pra enten↑dê melhor o que o bebê te:m,
 1245 (.) porque- isso pode ter repercussões
 1246 ↑não só pra gravidez atual, .h como
 1247 também °pro futuro tá:°
 1248 (.)
 1249 MED: ou até pra outras pessoas na família
 1250 (.)
 1251 MED: tá::
 1252 (.)
 1253 MED: .h então a gente in↑dica a realização desse
 1254 exame,
 1255 ACO?: °hmm°
 1256 MED: .h o exame na verdade ele é ↑simples
 1257 tá: (.) é feito uma punção (.) .h
 1258 guia:da pelo ultrassom, (.) que na
 1259 verdade a gente faz uma punção daí
 1260 ↑pro cordão
 1261 (.)
 1262 MED: e pega um pouco de sangue do cordã:o,
 1263 (.) e faz uma análise da genética
 1264 do bebê
 1265 (0.4)
 1266 MED: .hh isso pra tentá ver se o bebê <↑pode
 1267 no caso,> (.) ter ↑não só o problema
 1268 nos rins, .h mas ter no caso uma
 1269 síndrome °até:°

1270 PAC?: °mhm°
 1271 MED: °°né:°°
 1272 (.)
 1273 MED: .h então a gente in↑dica esse exame no
 1274 sentido °pra gente° enten↑dê melho:r
 1275 (.) .h até- tentá justificá o que que
 1276 tá acontecendo com o bebê,
 1277 PAC?: mhm
 1278 MED: e isso pra pensá: pra gestações
 1279 futu:ras ou até pra ver, se existe
 1280 indicação de avaliá: >por exemplo<
 1281 a própria da:ra, .h o teu marido, ou
 1282 outras pessoa da família °tá:°
 1283 ACO: no abdómen doutor ele tem
 1284 problema?
 1285 (.)
 1286 MED: °oi?°
 1287 (.)
 1288 ACO: no abdómen
 1289 (.)
 1290 MED: aparenteme:nte não se viu na:da
 1291 tá pelo o [que::]
 1292 ACO: [o co]ração como: tinha
 1293 alguém [falado]
 1294 MED: [não s-] não tem descrito mas u-
 1295 uma coisa que a gente tem que ter
 1296 me:nte tá: >°como ↑tem°< falta de lí:quido,
 1297 .h isso dificulta muito a visualização do
 1298 bebê
 1299 PAC: m::.=
 1300 MED: =porque o líquido ele é importante
 1301 também, pro ultrasso:m, (.) pra tu podê
 1302 ver melhor.
 1303 (.)
 1304 MED: então ↑não tendo o: (.) assim tendo
 1305 ↑pouco líquido (.) isso também
 1306 dificulta muito a visualização do bebê
 1307 (0.5)
 1308 MED: .h tá: .h a gente te:m como fazê outros
 1309 exames, de↑pois .h tipo:: .h eu não
 1310 sei se foi feita a e:cocardiografia
 1311 >o exame do coração do< bebê:,
 1312 (.)
 1313 MED: esse não [foi feito ainda]
 1314 PAC: [°não não foi feito] ainda°
 1315 MED: isso a gente pode ve:r (.) pra já
 1316 tentá programá pra tentá avaliá
 1317 também tá:
 1318 (0.4)
 1319 MED: .hh e a outra questão conforme a
 1320 evoluçã:o, (0.7) fazer o exame de

1321 <ressonância feta:l>
 1322 (.)
 1323 MED: que:: vê o bebê de um ↑outro
 1324 jeito.
 1325 (.)
 1326 MED: é uma ressonância que a gente vê o
 1327 bebê daí
 1328 (0.5)
 1329 MED: então tem como: .h tem outros exames
 1330 °que° que ajudam a avaliá melho:r, .h
 1331 o que tá acontecendo com o bebê: .h
 1332 e pra sabê se é SÓ realmente o problema
 1333 nos rins, .h ou tem alguma outra coisa
 1334 a mais que a gente não tá vendo °tá:°.
 1335 (0.7)
 1336 MED: .hh [↑e:]
 1337 ACO: [ele] tá so↑frendo doutor
 1338 (0.6)
 1339 ACO: [tá:: tá:: passando,]
 1340 MED: [.h a princípio:: (.)] a príncípio:
 1341 (0.6) [>a] gente<=
 1342 ACO: [°a°]
 1343 MED: =>acredita< até que ↑nã:o
 1344 tá::
 1345 (.)
 1346 MED: na verdade ↓é: a gente não tem muito como
 1347 avaiá: isso, .h né: .h isso a gente
 1348 não sabe °muito bem° ao ce:rto né
 1349 (.)
 1350 MED: .h mas aparenteme:nte, .h na verdade o que
 1351 que tá acontecendo é que ele tá: se
 1352 desenvolve[ndo-]
 1353 ACO: [o: mé]dico que f[e:z esse:]
 1354 MED: [ãrrã]
 1355 (.)
 1356 MED: [sim]
 1357 ACO: [essa] eco:: nela lá no ((nome do
 1358 hospital omitido))
 1359 MED: sim
 1360 (.)
 1361 MED: [°ãrrã°]
 1362 ACO: [ele]fa↑lô pra ela que ↓a::
 1363 MED: ã[rrã]
 1364 ACO: [nene]zinha tava agonizando.
 1365 (0.7)
 1366 ACO: né ela até chorô ↑mu:ito
 1367 (0.4)
 1368 PAC: h {{rindo} (eu quase [sempre tô])}
 1369 ACO: [agonizando]
 1370 PAC: não eu tenho que dá força pra [eles]
 1371 MED: [é::] si::m.

1372 ACO: °↑a mas [(quando eu xxxx)°]
1373 MED: [nã:o na verdade] é:: é que isso
1374 a gente não- é difícil de tu::: (.) .h
1375 tu:: mensurá: né: .h porque::: (.)
1376 é a gente não ↑tem > muitas vez< como
1377 ver indiretamente no bebê .h ele
1378 não tem nenhum sintoma por exemplo:
1379 ↑a: frequência cardíaca- é que às
1380 vezes quando a gente tem do:r .h a
1381 frequência cardíaca do bebÊ aume:nta,
1382 e tudo:
1383 (.)
1384 MED: .h aparentemente nã::o não ↑tem nenhuma
1385 alteração desse tipo que indique:
1386 PAC: °sim°. =
1387 MED: =algum tipo e sofre:nto né:
1388 ACO: °mhm°
1389 MED: .h e até: muitas vezes >existem< outros
1390 sinais indiretos que ↑podem às vezes
1391 .h (.) até: te dá uma ideia >que de repente<
1392 de ele pode tá sofrendo ou ↑não
1393 (1.1)
1394 MED: mas pelo parâmetro que a gente tem,
1395 .h ã:: o- a dificuldade que existe é que
1396 ele tá se desenvolvendo ↑só: (.)
1397 comprimido
1398 (0.4)
1399 MED: assim tipo: .h o es↑paço que ele tem
1400 pra se [desenvolvê]
1401 PAC: [°é curto°]
1402 MED: é curto exatame:nte.
1403 (.)
1404 MED: .h e por i:sso que: (.) a:: dificuldade
1405 é a questão ↑principalmente como eu
1406 falei pra vocês .h (.) do desenvolvimento
1407 °dos pulmões né:°.
1408 (0.7)
1409 MED: .hh esse exame gente do:: do: cariótipo,
1410 que é o exame da genética, .h a gente
1411 °tem como oferecê pra fazê aqui no
1412 ser↑viço tá:°
1413 (.)
1414 MED: .hh até:: .h a gente teria como::
1415 (.) ↓ã: >como eu falei< a gente indi:ca
1416 no sentido pra tentá entendê melho:r
1417 .h o que que tá aconte↑cendo né,
1418 .h e a gente teria como marcá °até°
1419 pra fazê o °e↑xame a↑qui°
1420 (.)
1421 MED: .hh ele seria importante nesse sentido
1422 a gente entendê o que que tá acontec:ndo,

1423 e ve:r até pra gestações futu:ras,
 1424 (.) .h e até pra outras pessoas
 1425 da família se for o ca:so se havê
 1426 necessidade, .h de fazê também a
 1427 avaliação °tá:°.
 1428 (.)
 1429 MED: .hh (0.4) ↑é um exame: (.) simples de
 1430 fazê: é feito ju:nto aonde é feito
 1431 o exame de ultrassom, .h é guiado,
 1432 pelo ultrassom
 1433 (.)
 1434 MED: usualmente quem o que a gente fa:z é o
 1435 primeiro exame que a gente faz na ta:rde,
 1436 (.) naquele di:a, .h e a ideia é
 1437 >na verdade< fa↑zê (.) tu ficaria em
 1438 (.) tipo em observação por algumas horas,
 1439 .h e no final do di:a a gente .h se
 1440 tivé tudo bem a gente- .h (.) ã: libera
 1441 pra ir pra casa.
 1442 (0.4)
 1443 MED: .hh (.) <↑qua:l é o: poré:m> ou o risco
 1444 °que pode havê nesse exame°
 1445 (1.2)
 1446 MED: esse exame é uma punção
 1447 (0.6)
 1448 MED: então o que que acontece, uma punção
 1449 .h é: é: (.) >tipo< entra uma
 1450 agu:↑lha né: .h que: na verdade é
 1451 punccionado o cordão ali aonde
 1452 tá o bebê
 1453 (.)
 1454 MED: .hh (0.8) ↑nessa punção, <↑pode>
 1455 acontecê: (0.4) é ra:ro de acontecê
 1456 mas pode, tá: .hh ã: isso tá descrito
 1457 em outros serviços que fa:zem o
 1458 ex[ame,]
 1459 ACO: [°mhm°]
 1460 MED: .h que quando a agulha- (.) a:- atravessa
 1461 principalmente a bolsa, que tá
 1462 em volta do bebê:, .h ↑pode
 1463 <eventualmente> o organismo da mãe
 1464 entendê que: tipo ↑não ã:: (.) .h tipo
 1465 rompeu a bolsa: (0.4) e entrá
 1466 em trabalho de parto.
 1467 (.)
 1468 PAC: ↑a não
 1469 MED: é:[:]
 1470 PAC: [°de]us me livre°.
 1471 (0.4)
 1472 MED: é: isso- é- [seria]=
 1473 PAC: [°m↓m°]

1474 MED: =o risco de podê
 1475 acontecê .hh ã:: .h esse risco é ra:ro
 1476 tá: mas po[deria acontecê]
 1477 PAC: [°°não mas eu não] vou arriscá°°)
 1478 MED: sim.
 1479 PAC: é: raro [mas]=
 1480 MED: [é:]
 1481 PAC: =eu não vou arriscá
 1482 {{rindo} [comigo ↑não]}
 1483 MED: [é::: .h i:]sso [taria::]=
 1484 PAC: [(°m↓m°)]
 1485 MED: =descrito que poderia acontecê
 1486 tipo a cada de↑zentas vezes que se fa:z
 1487 (.)
 1488 MED: né:: então na verdade (0.6) tem esse
 1489 porém tá:
 1490 PAC: °mhm°=
 1491 MED: =>a gente sempre tenta< colocá essas
 1492 coisas tipo::
 1493 PAC: mhm:=
 1494 MED: =o benefício >que te<ria, e o risco
 1495 que teria, pra- pra vocês podere:m
 1496 (0.8) te:- ter os subsídios né pra pode
 1497 escolhê né da forma .h
 1498 PAC: mh[m:]
 1499 MED: [co]mo acharem melho:r tá:
 1500 (.)

Esse trecho relativamente longo de interação⁹⁸ caracteriza a Fase 1 da recomendação, em que é indicada a cordocentese à gestante, é explicado como é feito o procedimento, são apresentados seus benefícios e, por fim, o risco existente, conforme detalhado no Quadro 7. Risco, de acordo com a definição de Aurélio (2016), significa “a risco de: expondo-se a; correr o risco: estar exposto a perigo”.

A fim de organizar a análise, segmentamos no Quadro a seguir, as atividades envolvidas nessa fase da recomendação:

Quadro 7 - Fase 1 da recomendação

1. Indicação da cordocentese à gestante	linhas 1211-1214: seria, importante/ a gente in↓dicá a realização:o, (.) de um exa:me que é da genét:ica; linha 1415: a gente indi:ca; linha 1421: ele seria importante nesse sentido
2. Explicação de como é feito o	linhas 1216-1240: exame da pun↑ção/ a gente pode

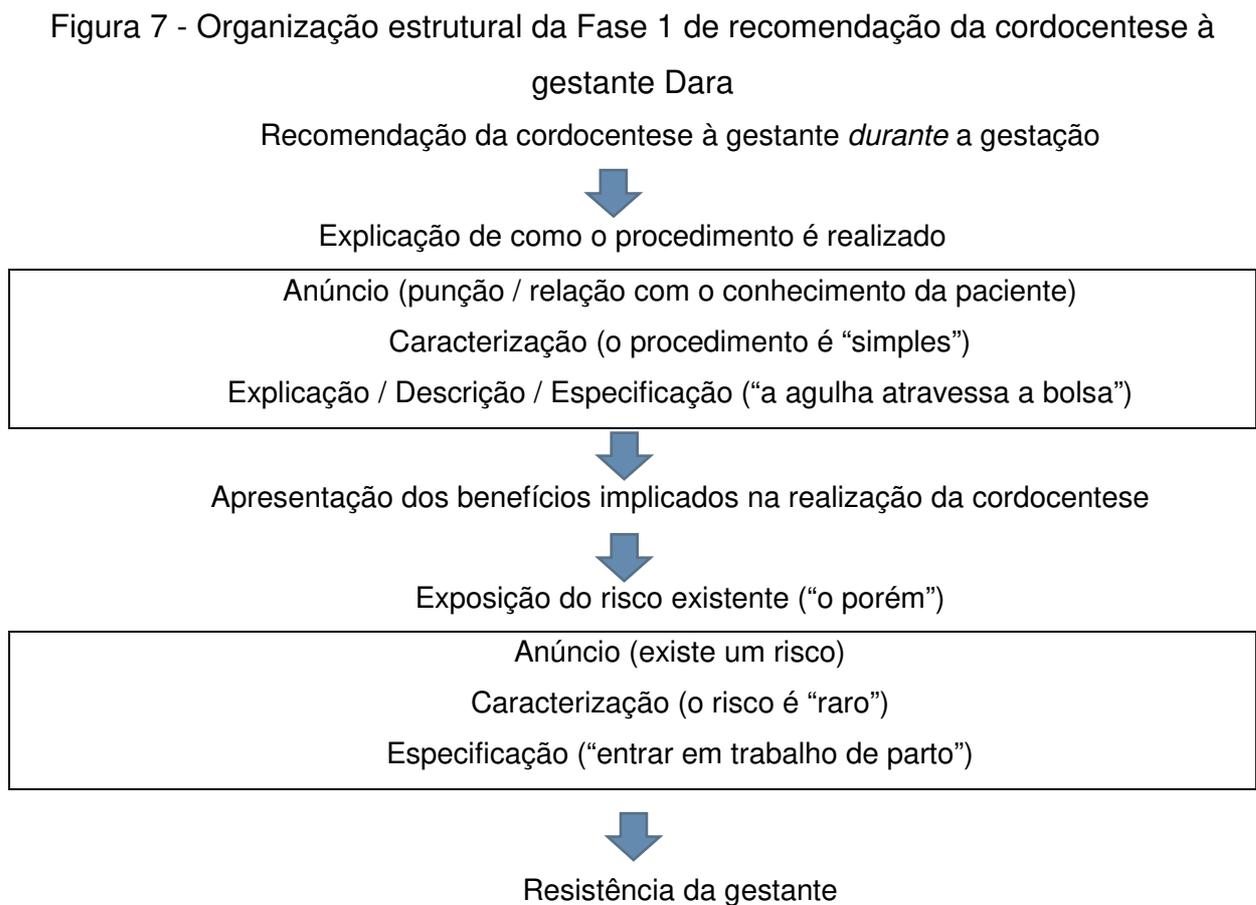
⁹⁸ A sequência analisada completa encontra-se no Anexo B.

procedimento	avaliá:: (.) a parte da genética do bebê/ a gente faz pra: retirá uma pequena quantidade de líquido/ tem como fazê punção do cordão (.) umbilical e pegá sangue,
3. Apresentação de seus benefícios	<p>linhas 1242-1282: pra enten↑dê melhor o que o bebê te:m, (.) porque- isso pode ter repercussões ↑não só pra gravidez atual, .h como também °pro futuro tá:° (.) ou até pra outras pessoas na família, pra tentá ver se o bebê <↑pode no caso,> (.) ter ↑não só o problema nos rins, .h mas ter no caso uma síndrome/ pra pensá: pra gestações futu:ras ou até pra ver, se existe indicação de avaliá: >por exemplo< a própria da:ra, .h o teu marido, ou outras pessoa da família;</p> <p>linhas 1415-1427: (.) ↓ã: >como eu falei< a gente indi:ca no sentido pra tentá entendê melho:r .h o que que tá aconte↑cendo né, .h e a gente teria como marcá °até°pra fazê o °e↑xame a↑qui°(.) .hh ele seria importante nesse sentido a gente entendê o que que tá acontecendo, e ve:r até pra gestações futu:ras, (.) .h e até pra outras pessoas da família se for o ca:so se havê necessidade, .h de fazê também a avaliação °tá:°;</p> <p>linhas 1429-1430: é um exame: (.) simples de fazê;;</p> <p>linhas 1437-1441: >na verdade< fa↑zê (.) tu ficaria em (.) tipo em observação por algumas horas, .h e no final do di:a a gente .h se tivé tudo bem a gente- .h (.) ã: libera pra ir pra casa.</p>
4. Apresentação do risco existente	<p>linhas 1455-1458: acontecê: (0.4) é ra:ro de acontecê mas pode, tá: .hh ã: isso tá descrito em outros serviços que fa:zem o ex[ame,];</p> <p>linhas 1460-1466:.h que quando a agulha- (.) a:- atravessa principalmente a bolsa, que tá em volta do bebê:, .h ↑pode <eventualmente> o organismo da mãe entendê que: tipo ↑não ã:: (.) .h tipo rompeu a bolsa: (0.4) e entrá em trabalho de parto.;</p> <p>linhas 1477-1476: =o risco de podê acontecê .hh ã:: .h esse risco é ra:ro tá: mas po[deria acontecê]</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Após questionamentos da mãe da gestante em relação ao feto, como por exemplo, se ele está sofrendo, se apresenta algum problema no abdômen e/ou no coração (trecho omitido), é retomada a recomendação do procedimento e de seus benefícios (linhas 1409-1441). Por fim, a paciente é alertada sobre o risco existente, apresentado, na linha 1443, como “o: porém.” Sobre esse risco, conforme explicado por Jeferson nas linhas 1448-1466, por se tratar de um exame invasivo, a bolsa pode romper durante o procedimento e o trabalho de parto ser iniciado. Imediatamente ao saber sobre o risco existente, a gestante produz sua primeira resistência ao procedimento recomendado pelo profissional (linha 1468 – 1498 - ↑a não/ °deus me livre°/ °°não mas eu não vou arriscá°°/ eu não vou arriscá, comigo ↑não/ °mhm°).

É possível perceber que a Fase 1 da recomendação da cordocentese nesta interação ocorre da seguinte forma:



Fonte: Elaborada pela autora.

Após várias formas de resistência da gestante (até mesmo representada pelo silêncio) que demonstram que ela não está mudando de posicionamento, o turno da

linha 1499 (como acharem melho:r tá:) evidencia o entendimento do profissional que a *primeira fase* fica selada. Após uma micro pausa e uma inspiração (linhas 1500-1501, disponível no Excerto 10 a seguir) é informada à gestante outra possibilidade de testagem, essa sendo em momento posterior ao parto. Essa outra possibilidade de testagem (pós-parto) é a que identificamos como Fase 2 da recomendação.

A Fase 2 trata da indicação da possibilidade da gestante realizar a cordocentese após o nascimento do bebê.

EXCERTO 10 - HMF_ACONGEN_dara_JEFERSON_04_02_14 (continuação)

1501 MED: .h e↑xiste até a possibilidade
 1502 da gente fazê esse exa:me depois do
 1503 nascimento
 1504 (.)
 1505 MED: .hh (0.4) mas tem do:is poréns tá:,
 1506 (.)
 1507 MED: ↑se por aca:so (.) infelizmente se acontecê
 1508 do bebê: <falecê> a↑inda durante a
 1509 gravide:z, .h a gente não tem condições
 1510 mais de fazê o exame
 1511 (0.6)
 1512 MED: tá:, .h >porque a gente-< daí pe:rde
 1513 informação
 1514 (.)
 1515 MED: .h (.) ↑e: (.) dependendo da forma como ele
 1516 nascê tipo:: (.) .h s:- ↓ã: (0.5)
 1517 vá lá que de repente entra em
 1518 trabalho de parto, nasce num dia,
 1519 tipo de ↑noite::, sabe (.) bem,
 1520 (.) f:ora do: (.) do que a gente planejô
 1521 .h pode acontecê da: da gente
 1522 talvez não conseguir realizá o exame
 1523 °né°
 1524 (.)
 1525 MED: mas existe condições também da gente
 1526 .h fazê o exame depois do
 1527 nascimento °tá:°
 1528 PAC: °°mhm°°
 1529 MED: >a gente< poderi:a também fazê tá:
 1530 ACO: °°m:: vamo esperá então°°
 1531 (0.5)
 1532 MED: °tá::°
 1533 PAC: [°é?°]
 1534 MED: [.h pra] nós é aquela coisa no sentido de
 1535 entendê melhor o que tá aconte[ce:ndo n]é:
 1536 ACO: [°°mhm°°]

1537 (.)
 1538 ACO: (°°depois) do nascimento°°=
 1539 MED: =.h e já ter
 1540 essa informação pra:: pensando pro
 1541 futuro né:
 1542 (0.5)
 1543 ACO: °mhm°
 1544 MED: °tá° .h eu não sei qual- (.) a opinião
 1545 que vocês têm é mais de esperá:: me:smo,
 1546 (0.6)
 1547 PAC: °vamo es[perá°]
 1548 MED: [°é°]
 1549 (0.4)
 1550 MED: esperá mais.=
 1551 ACO: =depois do nascimento en[tão.]
 1552 MED: [tá:]
 1553 (1.5)
 1554 MED: >.h ↑SE por acaso vocês mudarem< de- de ideia,
 1555 .h a gente tem até as tri:nta, trinta
 1556 e uma semanas (.) a gente ainda tem
 1557 como fazê
 1558 (.)
 1559 MED: .h depois disso °infelizmente daí a gente
 1560 já nã:o (.) não tem mais como fa↑zê tá:°.
 1561 (.)
 1562 ACO: (°°↑nãoo°°)
 1563 (1.6)
 1564 MED: °tá:°
 1565 (1.0)
 1566 MED: °°isso°°
 1567 (0.5)
 1568 MED: .h mas a ideia na verdade é por enquanto::
 1569 (0.6) e- pensá mais em fazê
 1570 PAC: m[hm]
 1571 MED: [de]pois do nascime[nto]=
 1572 ACO: [°é°]
 1573 MED: =é isso.
 1574 (.)
 1575 MED: tá
 1576 (0.9)
 1577 MED: °°tá°°

A Fase 2 inicia com o anúncio da possibilidade da realização do exame após o nascimento do bebê vinculado aos riscos existentes apresentados já no próximo turno de fala (linha 1505: do:is poréns), o que acaba por maximizá-los, se comparados à apresentação de riscos na Fase 1. Um dos riscos anunciados aqui é a possibilidade de morte fetal, o que, conseqüentemente, impossibilita a realização do exame. Dessa forma, perde-se a informação que seria obtida por meio do exame

(linhas 1507-1513). O outro risco apresentado é a impossibilidade de realização do exame no caso de o nascimento ocorrer de forma não planejada (linhas 1515-1522).

Comparativamente à Fase 1, a posição sequencial em que o risco é abordado na interação faz diferença. Enquanto que na Fase 1 o risco é apresentado após a explicação de como o procedimento é realizado e da apresentação dos benefícios implicados na realização do exame durante a gestação, na Fase 2, o risco (de não conseguir realizar o exame, seja porque o bebê pode ser natimorto ou porque pode nascer fora do planejado) é informado juntamente com a opção de realização do exame após o nascimento do bebê. Ou seja, a realização do exame está vinculada ao risco existente. Cabe aqui analisarmos que a forma como os riscos são apresentados na Fase 2, os maximiza e os enfatiza como coletivos. Ou seja, todos os envolvidos terão prejuízo caso algo ocorra fora do planejado. Há, inclusive, uma justificativa do médico (linhas 1515-1522) a fim de suportar o anúncio do risco e sua preferência pela realização do exame durante a gestação.

Porém, após ser informada sobre os riscos existentes e sobre a ratificação de que é possível realizar o exame depois do nascimento (linhas 1525-1529), a acompanhante da gestante manifesta preferir a segunda opção – realizar o exame depois do nascimento – (linha 1530 - °°m:: vamo esperá então°°), com o que a gestante concorda, na linha 1533 (°é°). O fato de a gestante concordar com o posicionamento deôntico da mãe, pode ser justificado pela proximidade mãe e filha e pela participação ativa da acompanhante durante toda a interação. Evidencia-se, nesse trecho, que o uso de “vamo” (linha 1530) é uma forma da mãe de Dara demonstrar que está assumindo os riscos existentes.

Observa-se aqui que, mesmo antes de ser apresentada essa outra possibilidade de realização do exame (na Fase 2), a gestante já havia feito uma decisão (na Fase 1) – i.e. a de não realizar a cordocentese durante a gravidez. Embora o posicionamento de ambas pareça ser definitivo, as escolhas linguísticas e as ações do profissional entendem esse posicionamento como não sendo ainda uma decisão final, mas um *status* temporário. Nas linhas 1544-1545, o médico realiza um pedido de confirmação sobre a *opinião* de Dara e de sua mãe sobre o assunto (°tá° .h eu não sei qual- (.) a opinião que vocês têm é mais de esperá:: me:smo). A gestante reafirma sua decisão de realizar o exame após o nascimento do bebê na linha 1547 (°vamo esperá°). Em seguida, há a coconstrução de turnos pelo profissional e a mãe da gestante (linhas 1550-1551 – esperá mais. = depois do

nascimento então). Ocorre, nesse momento, uma negociação desse entendimento sobre o que *esperar* representa nessa situação (esperar até quando? / esperar para ‘pensar’) uma questão de intersubjetividade, de ambiguidade do *quando* nesse contexto. A acompanhante esclarece que *esperar* em seu entendimento significa *após o nascimento*, o que, novamente, reafirma a decisão de não coletar sangue fetal ao longo da gravidez, mas pós nascimento.

Percebe-se que o substantivo *decisão* não é utilizado em momento algum da interação. Após ser tratado como uma *opinião*, a decisão da gestante segue sendo tratada como não definitiva (linhas 1554-1557 - ↑SE por acaso vocês mudarem< de- de ideia.); ou seja, como um posicionamento que pode ainda ser alterado a qualquer momento (linhas 1568—mas a ideia na verdade é por enquanto:::).

Como foi possível observar, a Fase 2 interacional da recomendação da cordocentese ocorre da seguinte forma:

Figura 8 - Organização estrutural da Fase 2 de recomendação da cordocentese à gestante Dara

Informação à gestante de que é possível realizar a cordocentese após o nascimento do bebê + exposição dos riscos existentes (“dois poréns”)



Aceite da gestante

Fonte: Elaborada pela autora.

A ação de informar à gestante sobre a possibilidade de realizar a cordocentese após o nascimento do bebê acontece em um formato de concessão. A *concessão da informação* ocorre mesmo sendo um direito da gestante saber sobre todas as possibilidades de tratamentos existentes (TOERIEN et al., 2011), em razão do formato do turno produzido ao tratar da segunda possibilidade (linha 1501: e↑xiste até a possibilidade).

EXCERTO 11 - HMF_ACONGEN_dara_JEFERSON_04_02_14 (repetição de trecho)

1501 MED: .h e↑xiste até a possibilidade
1502 da gente fazê esse exa:me depois do
1503 nascimento

1504

(.)

Ao compararmos a estrutura das duas fases apresentadas (Fase 1 e Fase 2), percebe-se que se trata da mesma proposta de exame, mas que pode ser realizado em duas fases distintas de desenvolvimento da gestação – antes e pós nascimento. A ordem em que são apresentadas as opções para a gestante também pode ser entendida como uma estratégia de priorização, em que a opção oferecida em primeira ordem (realização da cordocentese durante a gestação) é a mais prioritária para quem a oferece (o geneticista), caracterizando sua preferência. Essa preferência demonstrada pelo médico opõe-se ao conceito de neutralidade, visto que a preferência por determinada opção está vinculada à indução e não à autonomia de decisão da paciente. Pode-se talvez especular, pela sequencialidade interacional, que a segunda fase da recomendação só teria sido apresentada à gestante em função da resistência em relação ao que fora proposto na primeira, o que dá indícios de priorização da primeira opção indicada, visto que foi apresentada no formato que usamos quando queremos convencer alguém de algo.

Também é importante ressaltar que em momento algum da interação é apresentada a opção que a gestante tem de simplesmente não realizar o exame (nem durante a gestação e nem depois do/a bebê nascer). Na linha 1499 (como acharem melhor tá:), essa informação não é provida; poderia até ter ficado subentendida, porém não foi verbalizada por nenhum/a dos/as participantes da interação.

4.2.1.2 Autoridade Deontica Resistida: Nível Micro de Análise

Nesta subseção, analisamos, assim, com lentes ‘mais fechadas’, ou seja, num nível ainda mais micro interacional, como ocorrem as tomadas de decisão das pacientes e a ação de recomendar do geneticista. Em outras palavras, após realizada a análise macro dos dados, que mostra as fases da recomendação, apresentamos aqui a análise estrutural em nível micro, analisando o formato dos turnos de fala e as peculiaridades que permeiam as recomendações: a minimização do risco; a despersonalização do risco e a agentividade. Isso porque vários fatores parecem influenciar na tomada de decisão das gestantes, como a prematuridade e o

parto repentino. Analisaremos, portanto, como é apresentado e segmentado o risco ao longo da recomendação.

Como analisado anteriormente, logo após conhecer o risco existente vinculado à realização do exame durante a gestação (entrar em trabalho de parto), a gestante resiste à recomendação por meio de diferentes formas de resistência. Ressaltamos, porém, a minimização que é feita desse risco.

4.2.1.2.1 Formato de Apresentação de Riscos: a Minimização do Risco

O risco existe em ambas as fases, mas é apresentado na Fase 1 em formato modalizado que o minimiza. Ao tratar sobre o risco existente (Fase 1), o médico destaca a raridade com que gestantes entram em trabalho de parto durante o procedimento (linha 1455 – *é raro de acontecer*) por meio de escolhas lexicais que mitigam o risco, ou seja, minimizam ainda mais a possibilidade desse problema acontecer, lembrando que o sentido da palavra risco⁹⁹ já remete a uma possibilidade. Nas linhas 1474-1475 (*o risco de poder acontecer*), o uso de *poder* modaliza a possibilidade de o risco acontecer. Apesar de o risco continuar existindo, as escolhas lexicais diminuem sua ocorrência.

Outra prática que minimiza o risco é seu afastamento de ocorrência no contexto local. Nas linhas 1454-1458, fica registrado que, mesmo sendo raro, esse evento adverso pode acontecer, visto que “*tá descrito em outros serviços que faz:em o exame,*”. Ou seja, o risco existe, pois está descrito na literatura e já ocorreu em outros lugares; contudo, o formato em que essa informação é entregue sugere que, naquele local específico, nunca. Em outras palavras, o risco é remoto e está circunscrito a outras instituições.

Já na Fase 2, os riscos advindos da realização do procedimento são apresentados à gestante (e acompanhante) juntamente com a informação da possibilidade de realizá-lo após o nascimento do bebê. Essa opção é apresentada à gestante ao mesmo tempo em que é prontamente alertada sobre os riscos existentes, o que, de certa forma, maximiza a existência de possíveis intercorrências.

⁹⁹ Veja-se definição de risco na subseção 4.2.1: Autoridade Deontica Resistida.

4.2.1.2.2 Agentividade envolvida nos riscos

Foi também identificado o processo de despersonalização (OSTERMANN; FREZZA, 2017) do risco. Ao longo de toda a interação (menos ao que se refere ao risco existente) foi identificada a forma inclusiva (KUSHIDA; YAMAKAWA, 2015) *a gente/nós* em diferentes situações, como se pode perceber nos extratos da interação:

EXCERTO 12 - HMF_ACONGEN_dara_JEFERSON_04_02_14 (repetição de trechos)

- 1211 MED: .hh da ↑minha parte da gené:tica,
 1212 (.) .h seria, (0.5) importante **a gente**
 1213 in↑dicá a realizaçã:o, (.) .h de
 1214 um exa:me que é da gené:tica daí:.
- 1223 MED: .hhhh (.) existe um exame que **a gente**
 1224 pode avaliá:: (.) a parte da genética
 1225 do bebê °↑tá°.
 1226 (.)
- 1227 MED: .h que é um exame que **a gente** faz <uma
 1228 punção>
- 1230 MED: .h usualmente **a gente** faz pra: retirá
 1231 uma pequena quantidade de líquido
 1232 mas como no teu caso: o bebê ↑não te:m
 1233 (.) quase líquido é muito pouco: (.)
 1234 .h **a gente** tem como fazê essa punção do cordão
 1235 (.) umbilical
- 1242 MED: .h então isso **a gente** teria que ↑ver
 1243 .h (1.3) ã no sentido **a gente** in↑dica:
 1244 pra enten↑dê melhor o que o bebê te:m,
 1245 (.) porque- isso pode ter repercussões
 1246 ↑não só pra gravidez atual, .h como
 1247 também °pro futuro tá:°
- 1253 MED: .h então **a gente** in↑dica a realização desse
 1254 exame,
- 1273 MED: .h então **a gente** in↑dica esse exame no
 1274 sentido °pra gente° enten↑dê melho:r
 1275 (.) .h até- tentá justificá o que que
 1276 tá acontecendo com o bebê,

- 1294 MED: [não s-] não tem descrito mas u-
 1295 uma coisa que **a gente** tem que ter
 1296 me:nte tá: >°como ↑tem°< falta de lí:quido,
 1297 .h isso dificulta muito a visualização do
 1298 bebê
- 1315 MED: isso **a gente** pode ve:r (.) pra já
 1316 tentá programá pra tentá avaliá
 1317 também tá:
 1326 MED: é uma ressonância que **a gente** vê o
 1327 bebê daí
 1328 (0.5)
 1329 MED: então tem como: .h tem outros exames
 1330 °que° que ajudam a avaliá melho:r, .h
 1331 o que tá acontecendo com o bebê: .h
 1332 e pra sabê se é SÓ realmente o problema
 1333 nos rins, .h ou tem alguma outra coisa
 1334 a mais que **a gente** não tá vendo °tá:°.
- 1346 MED: na verdade ↓é: **a gente** não tem muito como
 1347 avaiá: isso, .h né: .h isso **a gente**
 1348 não sabe °muito bem° ao ce:rto né
- 1373 MED: [nã:o na verdade] é:: é que isso
 1374 **a gente** não- é difícil de tu::: (.) .h
 1375 tu:: mensurá: né: .h porque:: (.)
 1376 é **a gente** não ↑tem > muitas vez< como
 1377 ver indiretamente no bebê .h ele
 1378 não tem nenhum sintoma por exemplo:
 1379 ↑a: frequência cardíaca- é que às
 1380 vezes quando **a gente** tem do:r .h a
 1381 frequência cardíaca do bebÊ aume:nta,
 1382 e tudo:
- 1394 MED: mas pelo parâmetro que **a gente** tem,
 1395 .h ã:: o- a dificuldade que existe é que
 1396 ele tá se desenvolvendo ↑só: (.)
 1397 comprimido
- 1414 MED: .hh até:: .h **a gente** teria como::
 1415 (.) ↓ã: >como eu falei< **a gente** indi:ca
 1416 no sentido pra tentá entendê melho:r
 1417 .h o que que tá acontecendo né,
 1418 .h e **a gente** teria como marcá °até°
 1419 pra fazê o °e↑xame a↑qui°
 1420 (.)
 1421 MED: .hh ele seria importante nesse sentido
 1422 **a gente** entendê o que que tá acontecendo,
 1423 e ve:r até pra gestações futu:ras,

1424 (.) .h e até pra outras pessoas
 1425 da família se for o ca:so se havê
 1426 necessidade, .h de fazê também a
 1427 avaliação °tá:°.

1434 MED: usualmente quem o que **a gente** fa:z é o
 1435 primeiro exame que **a gente** faz na ta:rde,
 1436 (.) naquele di:a, .h e a ideia é
 1437 >na verdade< fa↑zê (.) tu ficaria em
 1438 (.) tipo em observação por algumas horas,
 1439 .h e no final do di:a **a gente** .h se
 1440 tivé tudo bem **a gente**- .h (.) ã: libera
 1441 pra ir pra casa.

Em interações em contextos institucionais, falantes utilizam o referente *a gente/nós* de forma a distinguir uma identidade institucional em relação a identidades pessoais, vinculando-se, assim, a identidades que representam uma organização. (DREW; HERITAGE, 1992). A seleção do uso de *a gente/nós* (em vez de *eu*) em interações médico/a-paciente pode ser uma estratégia do/a médico/a para evitar dizer, por exemplo, “quando eu estiver errado”, o que levantaria a possibilidade de ser o/a responsável pessoal por um erro médico. (MAYNARD, 1984; SILVERMANN, 1997).

A partir de uma análise da estrutura linguística, *sujeito + predicado*, é possível identificar duas categorias situadas de uso da forma inclusiva *a gente/nós* nos dados analisados, conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Forma inclusiva *a gente*

Pseudo inclusivos: possivelmente referindo-se à equipe médica	Inclusivo futuro: inclui a gestante
a gente indica	a gente tem que ter em mente (ela pode passar a ter em mente que se o/a bebê nascer morto/a, não será possível realizar o exame)
a gente faz ou tem que fazer (e.g. a punção)	a gente entende o que está acontecendo com o/a bebê (através do médico, ela pode vir a entender)

a gente vê o/a bebê (no exame de ressonância)	a gente planejou (a data do parto)
a gente (não) tem como avaliar	
a gente não está vendo (se o problema é apenas nos rins)	
a gente libera para ir para casa	

Fonte: Elaborada pela autora.

Percebe-se, nos extratos acima, que a forma inclusiva *a gente/nós* como um pseudo inclusivo, representa a organização (hospital) e que a agentividade acerca desta categoria vem ao encontro do estudo de Drew e Heritage (1992). Ou seja, o uso de *a gente/nós* vincula-se a uma identidade que representa, neste caso, a equipe médica, o que está diretamente ligada ao seu domínio epistêmico. Entretanto, a utilização de *a gente/nós* como inclusivo futuro, inclui a gestante como membra. Desta forma, o profissional envolve a gestante como participante do processo e divide com ela a agentividade das decisões tomadas / a serem tomadas.

Imediatamente após os turnos em que é tratado o risco, ocorre sua despersonalização, i.e., o afastamento do sujeito (no caso, sujeito humano) que poderia ocasionar esse risco (*no blame*). Essa despersonalização do risco inicia ao explicar o procedimento, já que o risco existe durante a execução do procedimento.

EXCERTO 13 - HMF_ACONGEN_dara_JEFERSON_04_02_14 (repetição de trechos)

1448 MED: então o que que acontece, uma punção
1449 .h é: é: (.) >tipo< **entra uma**
1450 **agu:↑lha** né: .h que: na verdade é
1451 punccionado o cordão ali aonde
1452 tá o bebê

1460 MED: .h que quando **a agulha- (.) a:- atravessa**
1461 **principalmente a bolsa, que tá**
1462 **em volta do bebê:, .h ↑pode**
1463 **<eventualmente> o organismo da mãe**
1464 **entendê que: tipo ↑não ã:: (.) .h tipo**
1465 **rompeu a bolsa: (0.4) e entrá**
1466 **em trabalho de parto.**

A despersonalização do risco ocorre através do afastamento dos sujeitos envolvidos na realização dos procedimentos. Sendo assim, nos exemplos acima,

“entra uma agulha”, “a agulha atravessa a bolsa”, não há nenhuma relação com ações humanas. Por fim, “o organismo da mãe entra em trabalho de parto” despersonalizando o risco novamente, já que é *o organismo* e não *a mãe* que *entra em trabalho de parto*. A apresentação do risco de forma despersonalizada resulta em uma desresponsabilização das pessoas envolvidas e, conseqüentemente, transfere a responsabilidade do risco para o próprio procedimento, num processo de antropomorfização. Dessa forma, retira-se a agentividade das gestantes e dos/as profissionais, deslocando-as para: (a) outras instituições, (b) para a agulha, (c) para o próprio corpo da gestante (que *entende* que está na hora do parto). Ou seja, a despersonalização, de certa forma, como vimos nos dados analisados, ameniza a autoridade deôntica resistida, visto que transfere a responsabilidade do risco para o procedimento e/ou para outras instituições com o afastamento dos sujeitos envolvidos (no caso, médico e paciente).

4.2.2 Autoridade Deôntica Consentida

O próximo excerto advém de uma interação proveniente de uma consulta de AG pré-natal com uma gestante de 45 anos de idade que está na nona semana de gestação. Nessa interação, a paciente consente a recomendação médica de realizar a amniocentese.

4.2.2.1 Autoridade Deôntica Consentida: Nível Macro de Análise

A interação que segue entre o médico Jeferson e a gestante Caroline faz parte de uma consulta que fora agendada exclusivamente em virtude da idade da gestante, visto que gestantes com idade superior a 35 anos são consideradas de alto risco¹⁰⁰. Trata-se de uma interação de 40 minutos e 27 segundos. Conforme Tabela 5, essa gestação apresenta um risco alto de 1:30, considerando a idade da gestante. Ou seja, a cada 30 gestações de gestantes com 45 anos ou mais, uma delas tende a ter algum tipo de anomalia genética, sendo a Síndrome de Down uma

¹⁰⁰ Vejam-se quadros com marcadores e fatores de risco gestacionais na sessão 3.1: Contexto de pesquisa e participantes.

das mais comuns. (AFP, 2000; WR COHEN, 2013)¹⁰¹. O risco da Síndrome de Down aumenta com a idade da mãe, como mostra a Tabela a seguir:

Tabela 5 - Risco de Síndrome de Down

Idade da gestante	Chance de ter um bebê com Síndrome de Down
20 anos	1 em 1.600
25 anos	1 em 1.300
30 anos	1 em 1.000
35 anos	1 em 365
40 anos	1 em 90
45 anos	1 em 30

Fonte: AFP (2000).

No caso de Caroline, o médico indica a amniocentese¹⁰². Conforme menção anterior, a amniocentese é um procedimento invasivo através do qual uma amostra do líquido amniótico é retirada de dentro do útero e examinada em laboratório para posterior análise do cariótipo fetal, a fim de verificar se há alguma alteração cromossômica. Esse procedimento é indicado para gestantes com idade gestacional avançada mesmo que a ultrassonografia de TN não apresente alteração. A gestante em questão não realizara ainda a ultrassonografia de TN e, portanto, não há informações sobre alterações. Após a indicação da amniocentese, nas linhas 944-946, a autonomia da decisão é alocada ao casal (mas a escolha de fazê é do casal). Cabe ressaltar que, na consulta, a gestante está desacompanhada.

EXCERTO 14 - HMF_ACongen_caroline_JEFERSON_08_04_14¹⁰³

943 MED: .h é que esse exame a gente indica e oferece
 944 (.).h mas a <escolha de fazê,>
 945 PAC: mhmm=
 946 MED: =é: do casal
 947 PAC: >↑a tá<
 948 MED: i:sso

¹⁰¹ WR Cohen é o Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade de Medicina do Arizona, Estados Unidos.

¹⁰² Vejam-se mais informações sobre a amniocentese na subseção 2.1.1: Análise do cariótipo fetal: amniocentese e cordocentese.

¹⁰³ A sequência analisada completa está no ANEXO C.

949 (.)

950 MED: por que que a gente faz i:sso tá, .h porque: (.)

951 é um e|xame (.) apesar de ser ↑simple:s

952 PAC: >°mhm°<

953 MED: é um exame que tem um certo ri:sko

954 (0.6)

955 MED: tá:,

956 (.)

957 MED: .h é um risco pe↑queno: que-(.) mas que existiri:a

958 (.)

959 MED: tá:

960 PAC: °(qual) o risco°

961 MED: i:sso, o que que aconte:ce como é feito uma punção,

962 (.) na verda:de .h então é feito- a agulha ↑entra

963 (0.4) vai no local aonde tem só o líquido, °né°

964 pra pegá o líquido, .h (.) .h °e ti:ra né:°

965 (.)

966 MED: .h (.) é um exame: (.) que dura poucos minu:tos,

967 é rápido, é fácil de fazê:, .hh tá::, é um

968 procedimento simples

969 (0.4)

970 MED: .hhh >só-< (.) >por que que- que-< (.) porque

971 primeiro então a gente pega o lí↓quido

972 (.)

973 MED: .h porque o líquido na verdade ↑boa parte de:le

974 quem fo:rma é o xixi do be↓bê

975 (.)

976 PAC: °m::°

977 MED: .hh (.) e nesse ↑líquido °a-° o corpo da

978 gente >eu não sei se< a senhora ↓lembra da

979 biologi:a .h é formado de várias <células>

980 PAC: s::im,

981 MED: °né:° .h essas células °da mesma forma° vão

982 se sol↑tando no líquido.

983 (.)

984 MED: normalmente

985 (.)

986 MED: .hh quando a gente pega esse líquido a gente

987 tá pegando as células do [be↑bê]

988 PAC: [°junto] mhm°

989 MED: .h e pegando as células do bebê tem a genética

990 do bebê daquelas dos cromossomos

991 (.)

992 MED: .hh é quase como se tivesse fazendo exame de

993 sa:ngue do bebê

994 (.)

995 PAC: ↑m::

996 MED: é um exame indireto

997 PAC: mhm

998 MED: tá:, .h que a gente consegue ver a genética do

999 bebê, (.) ma:is especificamente (.) os

1000 cromossomos
1001 PAC: °(tá) certo°
1002 MED: .h que no caso de você:s .h é talvez o que tem
1003 ma:is (.) relevâ:ncia também, (0.4) porque (.)
1004 o ti:po de alteração que tem associação mais
1005 °com a ida:de°.h são alterações dos
1006 cromossomos
1007 PAC: °mhm°
1008 (0.6)
1009 MED: .h entã:o .h é um exame que teri:a essa indicação
1010 de fazê [né]
1011 PAC: [°°tá:°°]
1012 MED: .hhh (.) †qual o risco °q-° (0.7) por que que
1013 haveria ri:sco .hhh (.) é que †tem descrito em
1014 alguns loca:is, isso felizmente nunca
1015 aconteceu cono:sco tá: .h mas tem descrito em
1016 alguns locais .h que <podetrã acontecê> (.)
1017 eventualme:nte (.) .h >é porque é feita< a
1018 punção (.) .h †quando é feita a punção a
1019 agulha <pa:ssa> pela membra:na a †bolsa que
1020 tá envolta do bebê:=
1021 PAC: =°s::im°
1022 MED: †quando ele faz †i:sso .h (0.4) o organismo da
1023 mãe eventualme:nte pode entendê que a bolsa rompeu.
1024 (.)
1025 PAC: a:=
1026 MED: =e entrã em trabalho de °pa:rto e o bebê nascê
1027 prematuro°
1028 (0.4)
1029 MED: e:sse na verdade é o risco.
1030 (0.9)
1031 PAC: [.hhhh hhhhhh]
1032 MED: [tá: tu pode perguntá †tá] mas de dá um nú:mero:
1033 (.) pra mim- tipo- entendê o †quanto é esse
1034 eve:ntualme:nte
1035 PAC: >°mhm°<
1036 MED: .h se calcula que a cada du†zentas vezes que
1037 se faz o exa:me, (.) u:ma poderia acontecê.
1038 (0.5)
1039 MED: [tá:,]
1040 PAC: [°m::°]
1041 MED: >então< só pra ter uma ide:ia .h do †quanto isso
1042 é freque:nte né=
1043 PAC: =s::im=
1044 MED: =aqui nunca aconteceu
1045 tá: mas como: (.) já tá descrito em outros locais
1046 que poderi:a (.) .h eventualmente acontecê,
1047 .h a gente tem que colocá també:m .h tipo:
1048 os <pró:s e os [†contras>]
1049 PAC: [°e os cont]ras [mhm°]

(linhas omitidas)

1204 PAC: =eu ve:nho, e fa:ço
 1205 [tudo que me] pedirem=
 1206 MED: [i::sso] =exatame:nte .h e agora
 1207 daí a gente já deixa marca:↑do

(linhas omitidas)

1781 PAC: [nã:o mas eu] vou fazê tudo o que
 1782 vocês me pedirem ↑bem certinho=
 1783 MED: =tá: {{rindo} não não
 1784 legal} ((Carimba.))
 1785 PAC: REligiosamente diz [o outro.]
 1786 MED: [hahahaha]

No Excerto 14, o médico recomenda a amniocentese à paciente que explicita seu consentimento não apenas à realização do procedimento, mas também se demonstra disponível para realizar tudo o que o médico achar relevante. A pronta disponibilidade da paciente pode ser observada nas linhas 1204 e 1205 (eu venho e faço tudo que me pedirem) e, novamente nas linhas 1781 e 1782 (mas eu vou fazê tudo o que vocês me pedirem bem certinho). Após saber sobre o procedimento e os riscos relacionados ao procedimento, fica evidente, então, o consentimento da gestante em relação à recomendação pela prontidão de seu aceite (ausência de *timing*) e pelo formato de seu turno.

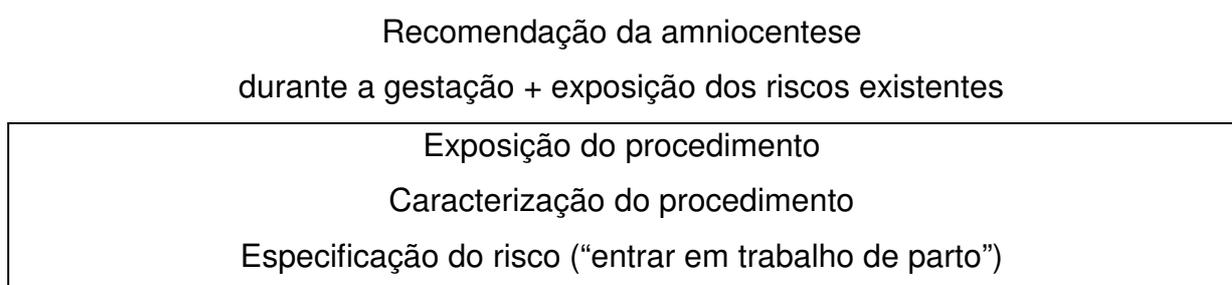
Nessa interação, o médico posiciona-se deonticamente indicando uma posição em particular (linha 943: .h é que esse exame a gente indica e ofere:ce) e, em seguida, convida a paciente a decidir sobre a decisão final (linhas 944-946: mas a escolha de fazê é do casal). Segundo Landmark, Gulbrandsen e Svennevig (2015), a negociação de direitos deonticos e epistêmicos torna a autonomia da tomada da decisão em si obscura. Isso ocorre porque há a demonstração da priorização da indicação do/a profissional em prol da realização do procedimento e da demonstração *a priori* de todos os seus benefícios. Cabe ressaltar que a autonomia dos/as pacientes permite que questionem e tenham o suporte de seus/suas médicos/as, além da possibilidade de fazerem pesquisas independentes. (KUKLA, 2007). Não existe como garantir autonomia de decisão quando não há informações sobre os prós e contras relacionados à determinada recomendação. Por esse motivo, o fato de o posicionamento epistêmico das pacientes nem sempre revelar seu *status* epistêmico a respeito do que está sendo recomendado faz com que o médico solicite seu entendimento explicitamente, através de pedidos de

informação como: “O que você entendeu até aqui?” ou “O que você já sabe até o momento?”, prática recorrente nos dados analisados. Cabe ressaltar que essas perguntas não ocorrem necessariamente depois da recomendação do exame. Muitas delas acontecem justamente antes da recomendação, como um preâmbulo para a indicação do profissional.

Essa verificação de entendimento é definida por Sert (2013) como ‘verificação de *status* epistêmico’¹⁰⁴, fenômeno interacional em que há a interpretação do/a interlocutor/a relacionada ao *status* de conhecimento sobre algo. Em outras palavras, o/a médico/a verifica o que o/a paciente entendeu do que aconteceu e foi dito até aquele momento, para então poder prosseguir a consulta a partir do que for relatado pelo/a paciente.

No Excerto 14, após posicionar-se deonticamente e alocar a decisão final à gestante (linhas 944-946: *mas a escolha de fazê é do casal*”), o profissional alerta a gestante sobre o risco existente juntamente com o argumento de que o risco é pequeno (linha 957 - *.h é um risco pequeno: que-(.) mas que existiri:a*), que nunca ocorreu o rompimento da bolsa associado a esse risco naquele hospital e que qualquer problema durante o procedimento é raro de acontecer (linhas 1012-1048). Após alertar sobre o risco, o médico aloca a autonomia da decisão ao casal novamente. Nessa interação, a gestante deixa a consulta com sua decisão tomada: a de realizar o procedimento e já com seu agendamento realizado. Segue a organização da estrutura geral da sequência de recomendação da amniocentese durante a gestação à gestante.

Figura 9 - Organização estrutural da sequência de recomendação da amniocentese durante a gestação à gestante Caroline



¹⁰⁴ “Epistemic status check”.

Aceite da gestante

Fonte: Elaborada pela autora.

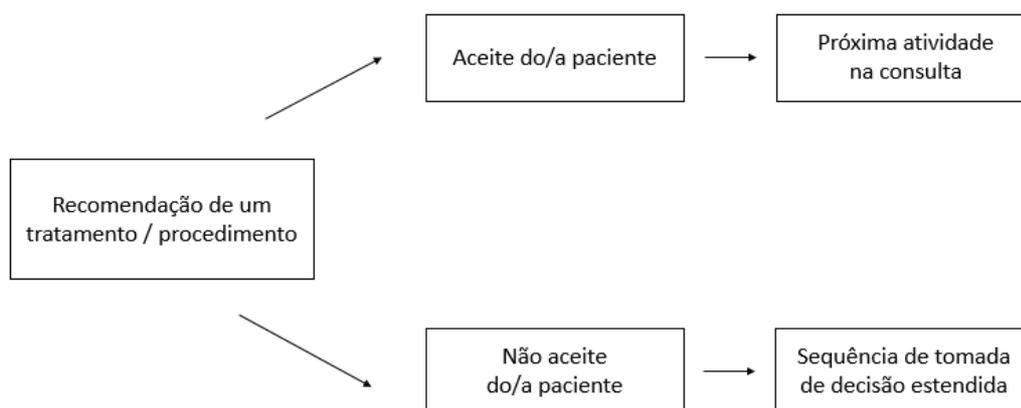
Porém, faz-se relevante destacar o pedido de informação realizado na linha 960 (“qual é o risco”) que não é atendido pelo geneticista naquele momento. Quebrar a contiguidade da interação, não provendo a informação solicitada, é uma ação de alto grau de despreferência, visto que há negação de acesso à informação e desautorização deontológica da paciente. Ou seja, ao não responder ao que foi perguntado, o geneticista está resistindo à autoridade deontológica interacional legítima da gestante de perguntar. A informação solicitada pela gestante na linha 960 (qual é o risco) é provida apenas na linha 1026 (“entrá em trabalho de parto e o bebê nascê prematuro”).

Percebe-se que, quando há o aceite, a sequência da recomendação encerra-se. Nesse caso, não é informada a segunda possibilidade à gestante, que nem fica sabendo que é possível não realizar o procedimento ou que ele pode ser realizado após o nascimento. Esta é uma diferença significativa encontrada comparativamente ao estudo de Toerien (2017), em que há 24 asserções a tratamentos neurológicos, as quais são usadas para introduzir uma lista de opções de tratamento. Naquele estudo, nos casos em que há apenas *uma* opção de tratamento apresentada, o neurologista deixa claro que *não tratar* é também uma opção, o que dá ao/a paciente um potencial máximo de escolha/autonomia de decisão¹⁰⁵. Ou seja, mesmo quando há apenas uma opção de tratamento, o/a paciente pode decidir por realizá-lo ou não.

As duas trajetórias das sequências de recomendação aqui apresentadas (Excertos 9-10 e 14) seguem o modelo de Landmark, Gulbrandsen e Svennevig (2016):

Figura 10 - Duas trajetórias das sequências de recomendação

¹⁰⁵ O Sistema Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido demanda explicitamente que o/a paciente seja informado/a de todas as opções. (NHS, 2017).



Fonte: Adaptada de Landmark, Gulbrandsen e Svennevig (2016, p. 2)

A diferença entre as duas interações analisadas (AG de Dara e AG de Caroline) é o tempo da sequência quando se revela a autoridade deôntica *resistida* e quando a autoridade deôntica do profissional é *consentida* pela gestante. No segundo caso, a consulta segue e a próxima atividade que aconteceria após a tomada de decisão é realizada. Há um largo trabalho interacional do profissional em busca do aceite quando a autoridade deôntica é resistida. O que caracteriza a sequência de tomada de decisão estendida é o não aceite explícito do/a paciente ao que está sendo recomendado. Geralmente, quando há resistência, segundo Landmark, Gulbrandsen e Svennevig (2016, p. 5¹⁰⁶, tradução nossa), “[...] o médico recorre ao seu *expertise* médico para dar peso à recomendação”. Finalmente, em busca de aceite ou pelo menos uma decisão, o/a médico/a adiciona uma opção alternativa, talvez (nesse caso) mais alinhada ao posicionamento da paciente. O/A médico/a ressalta, portanto, o direito do/a paciente de decidir. (LANDMARK; GULBRANDSEN; SVENNEVIG, 2016).

Nos dados analisados para este estudo, a autoridade epistêmica e deôntica dos/as participantes, bem como a forma com que o alerta aos riscos existentes e a exposição dos benefícios que a recomendação proporciona, são fatores determinantes para a tomada de decisão dos/as participantes. Trataremos a seguir sobre a relação beneficiário/a-benfeitor/a relacionada às recomendações médico/a-paciente.

¹⁰⁶ “[...] the physician draws on his medical expertise to give weight to the recommendation”.

4.2.2.1 Autoridade Deontica Consentida: Nível Micro de Análise

Conforme vimos, a deonticidade, relação de autoridade em determinar o que o/a interlocutor/a deve fazer, está associada ao curso de ações futuras. Em outras palavras, como explicam Heritage (2013) e Clayman e Heritage (2014), a deonticidade pode estar relacionada aos benefícios que essas ações futuras podem trazer, quem essas ações beneficiam, os/as beneficiários/as, e quem são os/as benfeitores/as, quem/o que proporciona o benefício.

A Tabela a seguir mostra a relação entre os/as agentes das ações futuras e seus/suas beneficiários/as.

Tabela 6 - Formato da apresentação da relação beneficiário/a-benfeitor/a

Ação	Agente da ação futura	Beneficiário da ação futura
Proposta	agente e o/a outro/a	agente e o/a outro/a
Oferta	agente	outro/a
Pedido	outro/a	agente
Sugestão	outro/a	outro/a

Adaptada de Couper-Kuhlen (2014, p. 57).

Na interação analisada, ao tratar sobre o procedimento, o geneticista ressalta a importância da realização e seus benefícios, com escolhas lexicais como “importante”, “relevância”, “a gente indica”, “teria essa indicação”, como pode ser observado nos seguintes trechos:

EXCERTO 15 - HMF_ACONGEN_caroline_JEFERSON_08_04_14 (repetição de trechos)

943 MED: .h é que **esse exame a gente indica** e ofere:ce

1002 MED: .h que no caso de você:s .h é talvez o que tem
1003 **ma:is (.) relevâ:ncia também**, (0.4) porque (.)
1004 o ti:po de alteração que tem associação mais
1005 °com a ida:de°.h são alterações dos
1006 cromossomos

1009 MED: .h entã:o .h é **um exame que teri:a essa indicação**
1010 **de fazê [né]**

A importância do exame recomendado também é ressaltada no Excerto 9 (analisado anteriormente), conforme trechos a seguir:

EXCERTO 16 - HMF_ACONGEN_dara_JEFERSON_04_02_14 (repetição de trechos)

1212 (.) .h **seria, (0.5) importante a gente**
 1213 **in↑dicá a realizaçã:o,** (.) .h de
 1214 um exa:me que é da gené:tica daí:.

1243 .h (1.3) ã no sentido **a gente in↑dica:**
 1244 pra enten↑dê melhor o que o bebê te:m,

1253 MED: .h então **a gente in↑dica a realização desse**
 1254 **exame,**

1273 MED: .h então **a gente in↑dica esse exame** no
 1274 sentido °pra gente° enten↑dê melho:r
 1275 (.) .h até- tentá justificá o que que
 1276 tá acontecendo com o bebê,

1415 (.) ↓ã: >como eu falei< **a gente indi:ca**
 1416 no sentido pra tentá entendê melho:r
 1417 .h o que que tá aconte↑cendo né,
 1421 MED: .hh **ele seria importante nesse sentido**
 1422 a gente entendê o que que tá acontece:ndo,
 1423 e ve:r até pra gestações futu:ras,

No Excerto 16, Jeferson atribui dois benefícios à realização do procedimento recomendado. Nas linhas 1243-1244, o médico justifica a recomendação da cordocentese devido à possibilidade de “entender melhor o que o bebê tem”. Nesse caso, não apenas a gestante seria beneficiada pelo procedimento, mas seus familiares, incluindo futuras gestações. A informação “entender o que tá acontecendo”, refere-se à coleta de material que provê a informação sobre alguma alteração cromossômica fetal, como alguma síndrome, porém, isso não é dito explicitamente. Nesse caso, deveria ficar mais evidente em que sentido o procedimento é importante para a gestante e como ela será beneficiada naquele momento.

Entende-se que esse material beneficiaria a gestante no caso de gestações futuras, seus familiares e o próprio conhecimento científico. Porém, faz-se importante destacar a questão epistêmica da gestante, seu direito de saber. É

necessário considerar que há a possibilidade de a gestante não desejar ter acesso a essa informação, o que não é levado em conta em nenhum momento. Esta questão é evidente no Excerto 17:

EXCERTO 17: HMF_ACONGEN_maria_JEFERSON_28_01_14 (trecho anterior ao Excerto 6)

322 MED: .hhh mas a gente tá tentando a↑inda
 323 entendê melhor °né°,
 324 (0.5)
 325 MED: [.hh]
 326 PAC: [é:]: é E:sse e- ↑esse enten- <↑TENTando
 327 enten↑[dê> melh]o:r=
 328 MED: [é:::]
 329 PAC: =que me incomoda.

A gestante Maria tem 22 anos e está com 19 semanas de gestação, conforme mencionado anteriormente. Ela fora encaminhada para sua primeira consulta de AG porque, ao fazer o exame para saber o sexo da criança com 17 semanas de gestação, fora detectado que havia escasso líquido amniótico na placenta. A paciente explicita seu *incômodo* pelo interesse do médico em entender melhor. Pode-se especular que a gestante esteja referindo-se ao risco existente de o feto apresentar alguma alteração cromossômica associada à escassez de líquido amniótico. Há a suspeita de agenesia renal do feto – i.e. ausência de rins.

Retornando para o Excerto 14, observa-se que não é claramente informado nenhum benefício para a gestante Caroline. Sabe-se que o simples fato de a gestante ter idade avançada já caracteriza a gravidez como de alto risco. Contudo, mesmo com risco “*pequeno*” e com um procedimento “*simples*”, o que justificaria correr o risco de ter um parto prematuro? Esse questionamento nos permite especular que o avanço científico seja o maior benefício.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta dissertação, analisamos as recomendações médicas a pacientes grávidas (gestações de médio e alto risco) em consultas de Aconselhamento Genético (AG) e o processo de tomada de decisão, sob a perspectiva teórico-metodológica da Análise da Conversa. Nessas interações, é feita a recomendação do exame de cariótipo fetal, com exceção de dois Excertos (Excerto 3 – em que é recomendado um exame “além do cariótipo”, e Excerto 4 – em que é recomendada uma ecografia a fim de examinar os rins da gestante e seu acompanhante).

Para fins de análise, a partir das interações e em atenção ao objetivo geral e aos específicos descrevemos como as recomendações são realizadas e identificamos as diferentes *subações* da ação de recomendar a partir da: (a) análise do formato das recomendações em sua primeira ocorrência na interação, e (b) análise da estrutura geral e do formato da recomendação em duas interações médico-paciente: (i) uma em que a autoridade deontica do profissional é resistida pela gestante; (ii) outra em que a autoridade deontica do profissional é consentida pela paciente. A fim de analisar como ocorre a recomendação de um exame pelo geneticista e como as pacientes tomam a decisão de consentir ou resistir à recomendação, em cada uma dessas duas interações (i e ii), realizamos dois níveis de análise: (1) nível macro estrutural do segmento em que ocorre a recomendação, considerando a OEG; (2) nível micro, analisando características linguístico-interacionais envolvidas nas sequências de recomendações, tais como: o formato de apresentação de riscos; minimização do risco; agentividade envolvida nos riscos; e o formato da apresentação da relação beneficiário/a-benfeitor/a. Por fim, investigamos como a autoridade deontica do profissional emerge internacionalmente nessas sequências, e sua relação com o domínio epistêmico dos/as participantes.

Neste capítulo final, sistematizamos os resultados deste estudo em três seções. A primeira seção trata dos principais achados desta dissertação. Na segunda seção trazemos as contribuições deste estudo, teóricas e aplicadas. Por fim, discutimos um dos tópicos que mais instigou a realização desta pesquisa, tal como já fora mencionado na Introdução: a neutralidade. Iniciaremos a apresentar os principais achados desta pesquisa no que se refere aos Domínios Deontico e Epistêmico.

5.1 PRINCIPAIS ACHADOS DA DISSERTAÇÃO

A análise dos dados nos permitiu encontrar similaridades com pesquisas realizadas anteriormente no contexto médico-paciente. O fato de os/as médicos/as não prosseguirem para a próxima atividade da consulta até receberem o consentimento/aceite dos/as pacientes (ou, minimamente, uma tomada de decisão) é determinante para que ocorram modificações no formato e na ação da recomendação. (LINDSTRÖM; WEATHERALL; 2015). O que acontece é a constante busca pelo alinhamento do/a paciente, busca essa que está relacionada ao direito dos/as pacientes de rejeitar a recomendação de tratamentos e exames independentemente de evidências científicas que suportem as recomendações, já que “[...] os/as pacientes têm o direito definitivo de rejeitar a perícia médica e a autoridade”. (LINDSTRÖM; WEATHERALL; 2015, p. 49¹, tradução nossa). Ou seja, a autoridade deontica do/a paciente de consentir ou resistir a recomendações é um direito que independe de seu *status* epistêmico, neste caso, relacionado ao conhecimento técnico médico.

Na interação analisada entre o geneticista e a gestante Dara, Excertos 9 e 10, a autoridade deontica do profissional é resistida e a paciente decide por não realizar o exame da cordocentese durante a gestação para posterior análise do cariótipo fetal. Consideramos aqui as ações e as escolhas pronominais utilizadas neste contexto sequencial.

Figura 11 - Contexto sequencial e escolhas pronominais

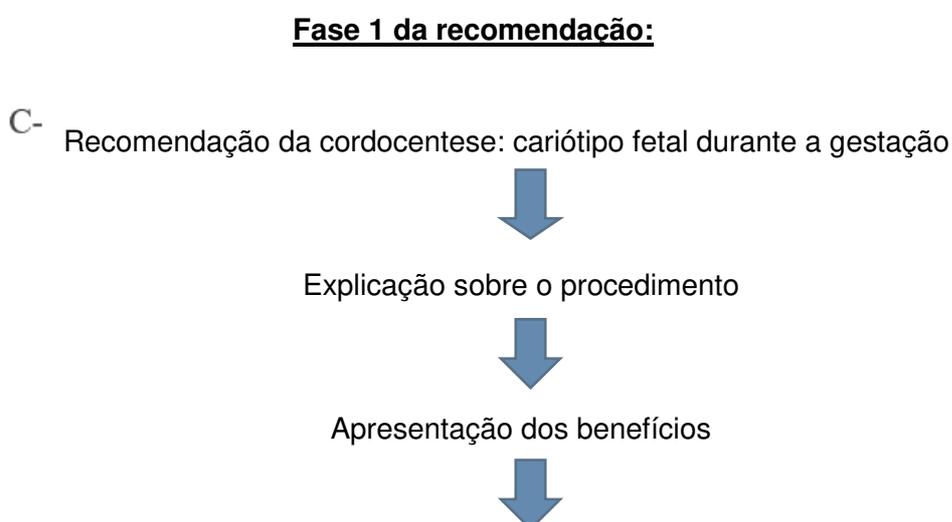
¹ “[...] patients have the ultimate deontic right to reject medical expertise and authority”.

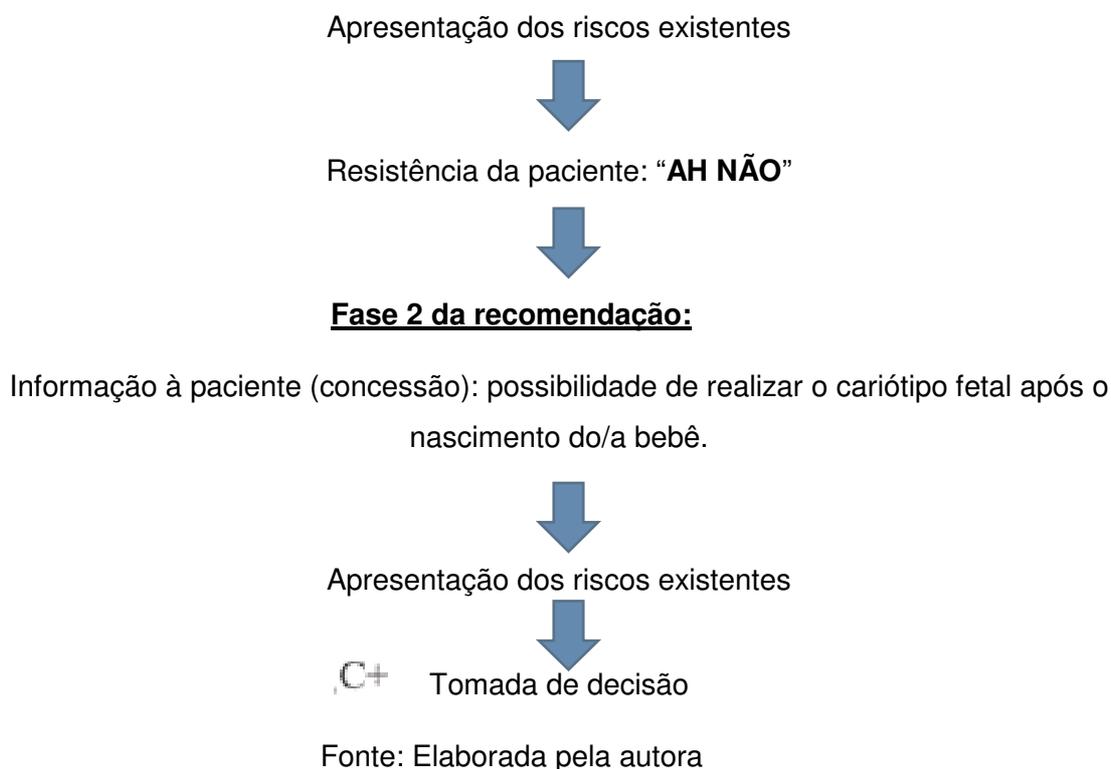
Ação / contexto sequencial	Escolha pronominal	
Médico indica a realização da cordocentese durante a gestação.	(.) ↓ã: >como eu falei< a gente indi:ca no sentido pra tentá entendê melho:r .h o que que tá aconte↑cendo né, .h e a gente teria como marcá °até°pra fazê o °e↑xame a↑qui°	Linhas 1415-1419
O médico explica como seria o procedimento para a gestante.	usualmente quem o que a gente fa:z é o primeiro exame que a gente faz na ta:rde, (.) naquele di:a, .h e a ideia é >na verdade< fa↑zê (.) tu ficaria em (.) tipo em observação por algumas horas, .h e no final do di:a a gente .h se tivé tudo bem a gente - .h (.) ã: libera pra ir pra casa.	Linhas 1434-1441
Gestante toma a decisão de não realizar o procedimento.	[°não mas eu não] vou arriscá°°)	Linha 1477
Gestante confirma decisão .	= eu não vou arriscá	Linha 1481
Médico demonstra ter compreendido que a decisão (da gestante e sua mãe) foi tomada.	[co]mo acharem melho:r tá:	Linha 1499
Médico informa a possibilidade de realizar a cordocentese após o nascimento do bebê .	mas existe condições também da gente .h fazê o exame depois do nascimento °tá:°	Linhas 1525-1527
Acompanhante (mãe da gest.) toma a 2ª. decisão: esperar o nascimento do bebê para realizar o procedimento.	°m:: vamo esperá então°°	Linha 1530
Médico informa novamente sobre a importância do procedimento.	[.h pra] nós é aquela coisa no sentido de entendê melhor o que tá aconte[ce:ndo n]é:	Linhas 1434-1535
Médico solicita novamente a decisão da família.	°tá° .h eu não sei qual- (.) a opinião que vocês têm é mais de esperá:: me:smo,	Linhas 1544-1545
Gestante confirma a decisão de esperar o nascimento.	° vamo es[perá°]	Linha 1547
Médico informa que ainda há tempo para mudarem de opinião (e realizarem o procedimento antes do nascimento).	>.h ↑SE por acaso vocês mudarem< de- de ideia, .h a gente tem até as tri:nta, trinta e uma semanas (.) a gente ainda tem como fazê	Linhas 1554-1557

Percebe-se que a sequência da escolha pronominal *a gente/nós* foi rompida a partir do momento em que o médico demonstra ter compreendido que a decisão (da gestante e sua mãe) fora tomada. Sendo assim, o profissional refere-se a *vocês* a partir de então e não mais a *nós* - [co]mo **acharem** melho:r tá: ; a opinião que **vocês**; >.h ↑SE por acaso **vocês** mudarem< de- de ideia).

Dara toma sua decisão ao ser alertada sobre o risco existente de entrar em trabalho de parto. A não aquiescência da paciente encerra a Fase 1 da sequência de recomendação, e o profissional da saúde informa uma segunda opção à gestante: a possibilidade da realização da cordocentese após o nascimento da criança (Fase 2 da sequência de recomendação). Essa informação, que é provida à gestante sob o formato de uma concessão (“existe até a possibilidade de realizar o exame após o nascimento do bebê”), é trazida com o alerta de dois riscos existentes: (1) a possibilidade de morte fetal, o que, conseqüentemente, impossibilita a realização do exame, e (2) a impossibilidade de realização do exame no caso de o nascimento ocorrer de forma não planejada. Após saber sobre a existência dessa segunda possibilidade de testagem (i.e. pós-parto), a gestante decide aguardar o nascimento do/a bebê para realizá-la. Como se viu na análise micro das interações, o risco é colocado de modo a distanciar a instituição e os/as participantes (médico e paciente) como responsáveis. Dessa forma, retira-se a agentividade dos/as participantes e o risco é transferido para outras instituições. Para propósitos de reflexão, retoma-se aqui como acontece a OEG da recomendação da cordocentese à gestante Dara:

Figura 12 - Organização estrutural geral da recomendação da cordocentese à gestante Dara (Excertos 9 e 10)





Especula-se que a *segunda fase* da recomendação talvez aconteça apenas em função da não aquiescência da gestante frente à recomendação do primeiro tipo de testagem. A ordem em que as duas possibilidades são apresentadas parece demonstrar também uma preferência pela realização do exame durante a gestação. Como foi possível analisar, a primeira opção é apresentada como “simples” e, em tudo ocorrendo normalmente, a paciente “vai para casa no mesmo dia”. Há apenas um risco. Contudo, ainda assim, a paciente não opta por fazer aquela testagem. Também é importante ressaltar que em momento algum da interação é apresentada a opção de simplesmente não realizar o exame (nem durante a gestação e nem depois do nascimento).

Na Figura 12, C-, como se viu, representa o *status* epistêmico da gestante de menos conhecedora no início da recomendação médica. Nota-se que é imediatamente após ser alertada sobre o risco – relação com o domínio epistêmico – que a paciente demonstra que *agora* ela é capaz de tomar sua decisão – e de resistir à recomendação. Trata-se, então, de uma sequência de recomendação em que a paciente é informada sobre uma opção apenas (na Fase 1). O domínio deontico e o domínio epistêmico, portanto, andam lado-a-lado e não é possível dissociá-los. Isso porque quando o médico informa à gestante sobre os riscos

envolvidos e ela passa de *C-* para *C+* (mais conhecedora), ela revela-se capaz de posicionar-se sobre a recomendação – entre aceitá-la ou resisti-la, ela opta por resisti-la.

Já no Excerto 14, a paciente Caroline consente prontamente à recomendação de realizar o exame da amniocentese (para análise do cariótipo fetal) logo após a apresentação do procedimento, seus benefícios e o risco existente. Conforme já foi apresentada anteriormente, retoma-se, na Figura 13, a OEG da sequência da recomendação da amniocentese à gestante Caroline:

Figura 13 - Organização estrutural geral da recomendação da amniocentese à gestante Caroline (Excerto 14)

Recomendação da amniocentese durante a gestação +
exposição dos riscos existentes



Aceite da gestante

Fonte: Elaborada pela autora.

Cabe ressaltar que a partir do aceite da gestante, a sequência da recomendação é encerrada e não é informada outra opção à paciente (a de realizar o exame após o nascimento da criança e/ou a de não realizar o exame em momento nenhum). Também não são apresentados os benefícios para a gestante naquele momento (apenas para gestações futuras dela e de familiares). Lembrando que a recomendação é feita em razão da idade avançada da gestante (45 anos), caracterizada como de alto risco.

A partir da análise sequencial da interação e do formato dos turnos de fala, a fim de identificar a relação dos domínios deôntico e epistêmico dos/as participantes na sequência de recomendação e tomada de decisão, também foram identificadas, nos dados, diferentes subações da ação de recomendar: asserções (em casos de generalizações, há uma indicação padrão), sugestões (a decisão fica largamente nas mãos do/a paciente), proposta (convida especificamente a colaboração, o esforço e uma aceitação do/a paciente) e pronunciamentos (trata a decisão como já determinada e realiza a recomendação de forma que o/a paciente não tenha

escolha). Além disso, identificamos uma subação da ação de recomendar que não é descrita por Stivers et al. (2017), a qual nomeamos de *asserção+sugestão*. A ocorrência das asserções também difere do estudo dos/as autores/as supramencionados/as. Enquanto que na análise de Stivers et al. (2017), a asserção é geralmente utilizada quando os/as pacientes demonstram-se resistentes a algo relacionado ao tratamento ou tenham indicado um desejo ou expectativa alternativa, em nossos dados, as asserções e as subações da recomendação identificadas por nós – não emergem como nas consultas analisadas por Stivers e al. (2017) – acontecem quando as recomendações envolvem um procedimento mais delicado, como a recomendação de um procedimento relativamente invasivo, a amniocentese ou a cordocentese.

Os domínios deôntico e epistêmico são forças interacionalmente palpáveis que orientam as interações médico/a-paciente. Tratando-se do domínio epistêmico, os dados revelaram a importância do conhecimento médico e das experiências pessoais das pacientes para as tomadas de decisão. A fim de consentir ou resistir às recomendações (direito e responsabilidade das pacientes), as gestantes precisam ser providas de conhecimento técnico. Sendo assim, o conhecimento médico e a experiência de vida das pacientes são determinantes para a tomada de decisão, visto que as recomendações são baseadas em evidência científica, mas que também precisam abarcar o histórico e o bem-estar das pacientes.

A análise das interações nos deu acesso a exemplos de *língua em uso* relacionada a tomar decisões. Além disso, nos permitiu perceber como o conhecimento e a tomada de decisão estão interligados e operam simultaneamente nas sequências de recomendação-tomada de decisão. A análise também revela como algumas estruturas linguístico-interacionais podem influenciar a decisão a ser tomada, como o uso da forma inclusiva *a gente/nós* (uma forma de demonstrar parceria médico/a-paciente), por exemplo. Finalmente, percebemos que, assim como recomendações são feitas pela interação, é também por meio dela que as/os interagentes são capazes de oferecer resistências. Em outras palavras, se a autoridade pode ser e é exercida através da fala-em-interação, é também através da fala-em-interação que a autoridade é consentida/resistida.

5.2 CONTRIBUIÇÃO TEÓRICA E APLICADA

Como pode ser observado na análise dos dados, o profissional da saúde privilegia seu domínio epistêmico na decisão por exames, mas também leva em consideração as experiências das pacientes para fazer recomendações. Essa prática vem ao encontro da humanização das consultas profissional-paciente tão almejada nas interações na área da saúde, nosso foco de pesquisa, bem como em todos os demais âmbitos interacionais. Conforme supramencionado, pretende-se, a partir da discussão proposta nesta dissertação, contribuir para os estudos interacionais na área da saúde no Brasil com interações naturalísticas em língua portuguesa entre médico/a-paciente que observem a sequência de recomendações médicas e o processo de tomada de decisão.

Ressaltamos, contudo, que ao se desenvolver uma pesquisa sobre essa temática, não apenas os/as profissionais do contexto investigado, mas também outros podem se beneficiar dos resultados. A análise linguístico-interacional de ordem micro revela questões macro e contribui para a capacitação de profissionais da saúde em geral. Esse tipo de análise pode contribuir para a formação de profissionais que atuam em áreas em que recomendar/tomar decisões é prática recorrente. Ao realizar o trabalho de descrever a OEG das recomendações, os resultados aqui apresentados podem servir de insumo para a formação e capacitação de profissionais de saúde.

Além disso, pretende-se apresentar os resultados desta pesquisa ao médico e instituição participantes. A partir deste estudo, esta dissertação busca servir de base para novas pesquisas.

5.3 DA TEORIA À PRÁTICA: É POSSÍVEL EXISTIR NEUTRALIDADE?

Com base na literatura existente sobre AG, percebe-se que a ação do/a profissional é a de informar e/ou esclarecer sobre as possibilidades, com foco na neutralidade. Conforme supramenção, a Organização Mundial da Saúde estabelece e advoga pelo direito de escolha dos/as pacientes a partir do provimento de informações precisas, completas e imparciais, o que é corroborado pelo estudo de Wessels, Koole e Penn (2014), em que os autores afirmam que as informações

devem ser providas aos/às pacientes de forma não diretiva, o que implica diretamente o conceito de neutralidade.

Segundo Ramalho e Magna (2007), o/a profissional que fornece o AG não pode exigir condutas de pacientes atendidos/as por ele/a – o que, de fato, parece ser seguido à risca nas interações analisadas. As decisões dos/as pacientes devem ser totalmente livres e pessoais, devendo ser isentas de qualquer influência por parte dos/as profissionais ou das instituições. Assim, de acordo com os mesmos autores, esse esclarecimento deve ser baseado no princípio da neutralidade do/a profissional em relação às decisões dos/as pacientes. Ao considerar essa citação, dois questionamentos emergem: é possível existir neutralidade total, também para além do nível proposicional da fala? E como lidar com esse princípio quando há aqueles/as pacientes que não buscam um/a profissional da saúde neutro/a, mas que se posicione?

Como afirma Bakhtin (apud FARACO, 2009, p. 25), “[...] não há, nem pode haver enunciados neutros”. Segundo o autor, todo enunciado emerge sempre e necessariamente num contexto cultural saturado de significados e valores e é sempre um ato responsivo, isto é, uma tomada de posição em determinada situação. Como vimos, a partir da revisão de literatura feita e da análise de dados, o material disponível *sobre* a prática de AG é distinto do *olhar para a* prática. Apesar da produção de *guidelines* (sobre o que é esperado de AGs), na prática, observa-se que, além da neutralidade ser inatingível, ela talvez nem mesmo seja desejável.

Para a reflexão sobre as *guidelines*, dada à inatingível posição “neutra” da linguagem, há que ponderar o que, então, pode ser, de fato, concretamente atingível nas consultas. Um ponto seria o máximo provimento possível de informações o que, no caso das recomendações do diagnóstico genético fetal, seriam todos os seus reais benefícios (para a gestante, para o feto, para o avanço da ciência) e riscos (em especial, no que tange à gestante e o feto). Há também que se considerar que há mais do que uma decisão envolvida na decisão sobre fazer ou não o exame – para além de decidir sobre fazê-lo ou não, há a decisão sobre *quando* fazê-lo e, mais uma vez, quais as perdas e os ganhos envolvidos também nessa segunda decisão. Observe-se que aqui, até mesmo o avanço da ciência é algo a ser apontado como um benefício, claro que, nesse caso, com a possibilidade de a gestante não poder usufruí-lo, mas contribuir para que outras gestantes e fetos dele se beneficiem.

Finalmente, cabe considerar o posicionamento e a opinião dos/as pacientes em relação a essa questão. Sabe-se que os/as pacientes citam o provimento das informações e a ajuda do/a profissional na tomada de decisão (decisão compartilhada) como os aspectos mais positivos das consultas. (VECH et al, 1999). Sendo assim, almeja-se que haja o provimento das informações relacionadas à recomendação aos/às pacientes de forma completa, a fim de que a tomada de decisão seja realizada da maneira que o/a paciente considerar a mais apropriada, seja uma decisão compartilhada com o/a profissional da saúde, ou não.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, D. N. P. **Recomendações e prescrições para cuidados de saúde no pós-alta: a investigação de um programa educativo a pacientes cardiopatas sob uma perspectiva interacional**. 2016. 255 f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada) – Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, 2016. Documento em PDF.
- ANTAKI, C. Explaining and Arguing. **The Social Organization of Accounts**. Sage Publications, London, 1994.
- AURÉLIO. In: DICIONÁRIO **Aurélio de Português Online**. [S.l.], 24 de set. 2016. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/risco>>. Acesso em: 22 dez. 2017.
- BERGEN et al. Closing the Deal: A Cross-Cultural Comparison of Treatment Resistance. **Health Communication**. Routledge, 2017.
- BIESECKER, B.B. Goals of genetic counseling. **Clinical Genetics**, v. 60, p. 323-330, 2001.
- BOLDEN, G. B., ANGELL, B. The organization of the treatment recommendation phase in routine psychiatric visits. **Research on Language and Social Interaction**, v. 50, p. 151-170, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRUNONI, D. Aconselhamento genético. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 101-107, 2002.
- BYRNE, P., LONG, B. 1976. **Doctors Talking to Patients: a study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries**. Radcliffe Publishing, 1997.
- CALDEYRO-BARCIA, R. et al. Fetal monitoring in labor. **Maternal and child health practices**, Illinois, p. 332-394, 1973.
- CAMPANA, Sabrina Gonçalves; CHÁVEZ, Juliana Helena; HAAS, Patrícia. **Panorama da hepatite B no Brasil e no Estado de Santa Catarina**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 215-219, 2003.
- CHARLES, C., GAFNI, A., WHELAN, T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). **Sociology of Scientific Medicine**, v. 44, n. 5, 68p, 1997.

CLAYMAN, S.; HERITAGE, J. Benefactors and beneficiaries: benefactive status and stance in the management of offers and requests. In: DREW, P.; COUPER-KULHEN, (eds.) **Requesting in Social Interaction**. Amsterdam: Benjamins, 2014.

CLAYMAN, Steven E.; GILL, Virginia T. Conversation Analysis. In: HARDY, M.; BRYMAN, A. (Org.). **Handbook of Data Analysis**. London: SAGE Publications, 2004. p. 120-133.

CLIFT, Rebecca. **Conversation Analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, 2016.

COELHO, P. Bendito aquele que consegue dar aos seus filhos asas e raízes. Pensador. 2007. Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/OT15Mzk1/> Acesso em: 10 jan 2018.

COLLINS et al. 'Unilateral' and 'bilateral' practitioner approaches in decision-making about treatment, **Social Science & Medicine**, v.61, n.12, p.2611–2627, 2005.

CORRÊA, Marilena C.D.V.; GUILAM, Maria C. O discurso do risco e o aconselhamento genético pré-natal. **Risk discourse and prenatal genetic counseling**, p. 2141-2149, 2006

COSTELLO, B.; ROBERTS, F. Medical recommendation as joint social practice. **Health Communication**, v. 13, n. 3, p. 241-260, 2001.

COUPER-KUHLEN, E. What does grammar tell us about action? **Pragmatics**, v. 24, n. 3, p. 623-647, 2014.

DAVIS et al. **Mirror, mirror on the wall: How the performance of the US health care system compares internationally**. The Commonwealth Fund, New York, 2014.

DEPARTMENT of Health. The expert patient: A new approach to chronic disease management for the 21st century. **Department of Health**, London, 2001.

DIRETIVO. In: **DICIONÁRIO Aurélio de Português Online**. [S.l.], 24 de set. 2016. Disponível em: <<https://dicionarioaurelio.com/diretivo>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

DREW, P. Asymmetries of knowledge in conversational interactions. In I. Markova & K. Foppa (eds.), *Asymmetries in dialogue* (pp. 21–48), 1991.

DOWN Syndrome: What You Need to Know When You're Pregnant. Information from your family doctor. **American Family Physician (AFP)**, Leawood, 15 ago 2000. Disponível em: < <https://www.aafp.org/afp/2000/0815/p837.html> > Acesso em: 2 jan 2018.

DREW, P. **Handbook of language and social interaction**, (pp. 71-102) 2005.

DREW, P.; HERITAGE, J. **Talk at work: interaction in institutional settings**. Cambridge: Cambridge University Press, 577 p., 1992.

DREW, Paul; WALKER, Traci; OGDEN, Richard. Self Repair and Action Construction. In Makoto Hayashi, Geoffrey Raymond and Jack Sidnell, (Eds.) **Conversational Repair and Human Understanding**. Cambridge, Cambridge University Press, p. 71-94, 2013.

EMANUEL, E.J., EMANUEL, L.L. Four models of the physician-patient relationship. **Journal of American Medical Association**, v. 267, p. 2221, 1992.

ENGLAND. National Health Service (NHS). Statistics. Leeds, 2017. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/statistics/>. Acesso em 10 de outubro de 2017.

EPSTEIN, Charles J. et al. The center-satellite system for the wide-scale distribution of genetic counseling services. **American journal of human genetics**, v. 27, n. 3, p. 322, 1975.

FARACO, C. A. **Linguagem & Diálogo – as ideias linguísticas do círculo de Bakhtin**. São Paulo: Parábola Editorial, 2009.

FÖRSTER, R. **Micro-Sociology on the Rise: The Changing Sociological Field in the 1960s and the Case of Conversation Analysis**. *The American Sociologist*, v. 44, n.2, p. 198-216, 2013.

FOUCAULT, M. **Power/knowledge: Selected interviews and other writings**. Pantheon, 1980.

FOUNDATION for Informed Medical Decision Making. [S.l.], 2006. Disponível em: <www.informedmedicaldecisions.org>. Acesso em: 8 jun 2015.

FREIDSON, Eliot. The organization of medical practice and patient behavior. **American Journal of Public Health and the Nations Health**, [S.l.], v. 51, n. 1, p. 43-52, 1961.

FREZZA, M. **A entrega de notícias em aconselhamentos genéticos: uma investigação interacional sobre como acontece na prática**. 2015. 118 f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada) – Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, 2015. Documento em PDF.

GOFFMAN, E. **Interaction ritual: essays in face to face behavior**. New York: Doubleday, 271p., 1967.

GROSSI et al. **Serviços de aconselhamento genético: um panorama nacional**. Londrina, p. 2736-2743, 2009.

HAVE, Paul T. **Doing conversation analysis**. Sage, 2007.

HERITAGE, J. Action formation and its epistemic (and other) backgrounds. **Discourse Studies**, v. 15, n. 5, p. 551-578, 2013.

HERITAGE, J. **Asymetries of knowledge in patient-provider encounters: Three studies adopting conversation analysis**. Elsevier, v. 92, p. 1-2, 2013.

HERITAGE, J. **Conversation analysis and institutional talk: Analysing data**. In D. Silvermann (Ed.), *Qualitative research: Theory, method and practice*. London, England: Sage, p. 161-182, 1997.

HERITAGE, J. Epistemics in action: action formation and territories of knowledge. **Research on Language and Social Interaction**, v. 45, p. 1-29, 2012a.

HERITAGE, J. In: SIDNELL, J.; STIVERS, T. **The handbook of conversation analysis**. Boston: Wiley-Blackwell, 2013. p. 371-394. 2013.

HERITAGE, J. Questioning in medicine. In: Freed AF and Ehrlich S (eds) **'Why Do You Ask?': The Function of Questions in Institutional Discourse**. New York: Oxford University Press, p. 42-68, 2010.

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

HERITAGE, J.; RAYMOND, G. The terms of agreement: indexing epistemic authority and subordination in talk-in-interaction. **Social Psychology Quarterly**, v. 68, n. 1, p. 15-38, 2005.

HERITAGE, J.; ROBINSON, J. D. **Accounting for the visit: giving reasons for seeking medical care**. In: HERITAGE, J.; MAYNARD, D. W. (Ed.). *Communication in medical care: interactions between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. p. 48-85.

HERITAGE, John, MAYNARD, Douglas. **Communication in Medical Care: Intercation between Primary Care Physicians and Patients**. Cambridge University Press, Cambridge, 2006.

HERITAGE, John. Conversation analysis and institutional talk. **Handbook of language and social interaction**, p. 103-147, 2005.

HERITAGE, John. Epistemics, Conversation Analysis, and 'Post-Analytic' Ethnomethodology: A Rebuttal. *Discourse Studies*: **The epistemics of Epistemics**, 2017.

IJÄS-KALLIO, Taru; RUUSUVUORI, Johanna; PERÄKYLÄ, Anssi. 'Unilateral' decision making and patient participation in primary care. **Communication & medicine**, v. 8, n. 2, p. 145, 2011.

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

KALLMANN, F. J. **Genetic aspects of mental disorders in later life**. In: *Mental disorders in later life*, 2nd Ed., edited by O. J. Kaplan. Stanford: Stanford University Press, 1956.

- KOENIG, C. J. Patient resistance as agency in treatment decisions. **Social Science and Medicine**, v. 72, n. 7, p. 1105-1114, 2011.
- KOHATSU, Mario et al. Análise dos resultados maternos e fetais dos procedimentos invasivos genéticos fetais: um estudo exploratório em Hospital Universitário. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 6, p. 703-708, 2012.
- KUKLA, R. **How do patients know?** Hastings Center Report, v. 37, n. 5, p. 27-35, 2007.
- KUMAR, S. **First trimester embryofetoscopic and ultrasound-guided fetal blood sampling for ex vivo viral transduction of cultured human fetal mesenchymal stem cells.** Hum. Reprod., p. 19-23, 2010.
- KUSHIDA, Shuya; YAMAKAWA, Yuriko. Fitting proposals to their sequential environment: a comparison of turn designs for proposing treatment in ongoing outpatient psychiatric consultations in Japan. **Sociology of health & illness**, v. 37, n. 4, p. 522-544, 2015.
- LABOV, W.; FANSHEL, D. **Therapeutic discourse: psychotherapy as conversation.** New York: Academic Press, 1977. 392p.
- LAND, V., PARRY, R., SEYMOUR, J. E. Communication practices that encourage and constrain shared decision making in health-care encounters: Systematic review of conversation analytic research. **Health Expectations**, p. 1-20, 2017.
- LANDMARK, A. M. D.; GULBRANDSEN, P.; SVENNEVIG, J. Whose decision? negotiating epistemic and deontic rights in medical treatment decisions. **Journal of Pragmatics**, v. 78, p. 54-69, 2015.
- LEVINSON, S. Action formation and ascription. In: SIDNELL, J.; STIVERS, T. (Ed.). **The handbook of conversation analysis.** Boston: Wiley-Blackwell, p. 103-130, 2013.
- LINDSTRÖM, A., WEATHERALL, A. Orientations to epistemics and deontics in treatment discussions. **Journal of Pragmatics**, v. 78, p. 39-53, 2015.
- LINELL, P. The power of dialogue dynamics. In I. Markova & K. Foppa (eds.), **The Dynamics of Dialogue**, Harvester Wheatsheaf: Kamel Hempstead, 1990.
- MAYNARD, D. W. **Inside plea bargaining: the language of negotiation.** New York: Plenum, 1984. 257p.
- MAYNARD, D.; ZIMMERMAN, S. **Getting Acquainted in Conversation.** In: SVENNEVIG, J. A study of initial interactions. John Benjamins, 1984.
- MAYNARD, Douglas W. **Bad news, good news:** conversational order in everyday talk and clinical settings. Chicago: The University of Chicago Press, 2003.
- MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. **Cordocentesis.** Washington, 2017. Disponível em: <<https://healthfinder.gov/search/cordocentesis>>. Acesso em: 1 de maio de 2017.

NOT responsible. In: GREY'S Anatomy. Local: produtora, ano. 7ª temporada da série: episódio 16. Disponível na Netflix.

NOWAK, L., NADER, J., STETTIN, G. **A nation in pain: Focusing on US opioid trends for treatment of short-term and longer-term pain.** St Louis, MO: Express Scripts, 2014.

OSTERMAN, A. C. Análise da conversa: o estudo da fala em interação. In: OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. (Org.). **Humanização. gênero. poder:** contribuições dos estudos de fala em interação para a atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Campinas: Mercado de Letras, p. 33-43, 2012.

OSTERMAN, A. C.; RUY, Renata. As relações de poder nas consultas ginecológicas e obstétricas. In: OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. (Org.). **Humanização. gênero. poder:** contribuições dos estudos de fala em interação para a atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Campinas: Mercado de Letras, p. 65-81, 2012.

OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. (Org.). **Humanização. Gênero. Poder:** contribuições dos estudos de fala em interação para a atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Campinas: Mercado de Letras, 167 p., 2012.

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

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

OSTERMANN, A.C. **Reifying and defying sisterhood in discourse: communities of practice at work at na all-female police station and a feminist crisis intervention center in Brazil.** 2000. 261 f. Tese. (Doutorado em Filosofia – Linguística) – Universidade de Michigan, Michigan – Estados Unidos, 2000.

OSTERMANN, Ana Cristina; FREZZA, Minéia. “Veio o resultado do exame”: a comunicação de notícias diagnósticas (e como investigações linguístico-interacionais podem informar as práticas profissionais). **Linguagem em (Dis)curso** – LemD, Tubarão, SC, v. 17, n. 1, p. 25-50, jan./abr. 2017.

PARSONS, Talcott. Illness and the role of the physician: A sociological perspective. **American Journal of orthopsychiatry**, v. 21, n. 3, p. 452-460, 1951.

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

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

PILNICK, A., ZAYTS, O. Advice, authority and autonomy in shared decision-making in antenatal screening: the importance of context. **Sociology of Health and Illness**, p. 1-17, 2015.

PILNICK, Alison. 'It's something for you both to think about': choice and decision making in nuchal translucency screening for Down's syndrome. **Sociology of Health and Illness**, v. 30, n. 4, p. 511-530, 2008.

PINA-NETO, J. M. **Genetic counseling**. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 84, n. 4, p. 20-26, 2008.

PINTO, Jr. W. Diagnóstico pré-natal. **Ciências da Saúde Coletiva**, v. 7, p. 139-157, 2002.

POMERANTZ, A. Pursuing a response. In: ATKINSON, J. M.; HERITAGE, J. (Ed.). **Structures of social action: studies in conversation analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 152-63, 1984a.

POMERANTZ, A. Telling my side: limited access as a fishing device. **Sociological Inquiry**, v. 50, n. 3/4, p. 186-198, 1980.

POMERANTZ, Anita; FEHR, Bernard J. Conversation analysis: An approach to the study of social action as sense making practices. **Discourse as social interaction**, v. 2, p. 64-91, 1997.

QUIRK et al. How pressure is applied in shared decisions about antipsychotic medication: A conversation analytic study of psychiatric outpatient consultations. **Sociology of Health and Illness**, v. 34, p. 95-113, 2011.

RAMALHO, Antonio Sérgio; MAGNA, Luís Alberto. Aconselhamento genético do paciente com doença falciforme. **Rev Bras Hematol Hemoter**, v. 29, n. 3, p. 229-232, 2007.

RAMIREZ-MONTIEL et al. Complications Associated with Amniocentesis in the Third Trimester of Pregnancy. **J. Clin. Ginecol. Obstet.**, v. 6, n. 2, p. 34-36, 2017.

ROBINSON, Jeffrey D. An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation. **Health Communication**, v. 15, n. 1, p. 27-59, 2003.

ROBINSON, Jeffrey D. Overall structural organization. **The handbook of conversation analysis**, p. 257-280, 2013.

SÁ et al. Safety of fetal blood sampling by **cordocentesis** in fetuses with single umbilical arteries. *Prenat Diagn* v. 24 p.605, 2004.

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

SACKS, H. Notes on methodology. In J. M. Atkinson and J. Heritage (eds.) **Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis**. Cambridge University Press, p. 21-27, 1984a.

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

SCHEGLOFF, E. A. **Sequence organization in interaction: a primer in conversation analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, v. 1, 2007.

SCHEGLOFF, E. A. **Sequencing in conversational openings**. *American Anthropologist*, v. 70, n. 6, p. 1075-1095, 1968.

SCHULTZ, A. Motives in Action. In: MOERMAN, M. **Talking Culture: Ethnography and Conversation Analysis**. Language Arts & Disciplines, 1962.

SERT, O. 'Epistemic status check' as an interactional phenomenon in instructed learning settings. **Journal of Pragmatics**. Elsevier, v. 45, p. 13-28, 2013.

SIDNELL, Jack. **Talk and practical epistemology: The social life of knowledge in a Caribbean community**. John Benjamins Publishing, 2005.

SIDNELL, S. **Conversation Analysis: An Introduction**. Wiley Publishers, 2015.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GENÉTICA MÉDICA (SBGM). **Serviços públicos: serviços em genética médica**. [S.l., 2017?]. Disponível em: <<http://www.sbgm.org.br/servicos-em-genetica-medica>>. Acesso em: 24 ago. 2017.

SQUIRES, D. **The US health system in perspective: A comparison of twelve industrialized nations**. New York, NY: The Commonwealth Fund, 2011.

STEVANOVIC, M. Participants' deontic rights and action formation: the case of declarative requests for actions. **InLiSt (Interaction and Linguistic Structure)**, n. 52, 2011.

STEVANOVIC, M.; PERÄKYLÄ, A. Deontic authority in interaction: the right to announce, propose, and decide. **Research on Language and Social Interaction**, v. 45, n. 3, p. 297-321, 2012.

STIVERS et al. Treatment Recommendations as Actions. In **Health Communication**. Routledge, Los Angeles, p. 1-10, 2017.

STIVERS, T. Parent resistance to physicians' treatment recommendations: One resource for initiating a negotiation of the treatment decision. **Health Communication**, v. 18, p. 41-74, 2005c.

STIVERS, T. Parent resistance to physicians' treatment recommendations: one resource for initiating a negotiation of the treatment decision. **Health Communication**, v. 18, n. 1, p. 4174, 2005a.

STIVERS, T., BARNES, R. K. Treatment recommendation actions, contingencies and responses: An introduction. **Health Communication**. York, p. 1-11, 2017.

STIVERS, T. **Prescribing under pressure: Parent-physician conversations and antibiotics**. Oxford University Press. New York, 2007.

STIVERS, T.; MONDADA, L.; STEENSIG, J. Knowledge, morality and affiliation in social interaction. In: STIVERS, T.; MONDADA, L.; STEENSIG, J. (Ed.). **The morality of knowledge in conversation**. Cambridge: Cambridge University Press, 2011a.

SVENNEVIG, J., DJORDJILOVIC, O. Accounting for the right to assign a task in meeting interaction. **Journal of Pragmatics**, v. 78, p. 98-111, 2015.

TERASAKI, A.K. Pre-announcement sequences in conversation. In: Lerner G (ed.) **Conversation Analysis: Studies from the First Generation**. Amsterdam: John Benjamins, pp. 171-223, 2004.

THOMPSON, L., MACCABE, R. How Psychiatrists Recommend Treatment and Its relationship with Patient Uptake. **Health Communication**. Routledge, p. 1-10, 2017.

TOERIEN, M. Deferring the decision point: Treatment assertions in neurology outpatient consultations. **Health Communication**. 2017.

TOERIEN, M., SHAW, R., REUBER, M. Initiating decision-making in neurology consultations: 'Recommending' versus 'option-listing' and the implications for medical authority. **Sociology of Health and Illness**, v. 35, p. 873-890, 2013.

TOERIEN, Merran; et al. Offering patients choices: a pilot study of interactions in the seizure clinic. **Epilepsy Behaviour**, v. 20, n. 2, p. 312-320, 2011.

TONGSONG T, et al. Fetal loss rate associated with cordocentesis at mid gestation. **Am J Obstet Gynecol**, v. 184, n. 4, p. 719-723, 2001.

VASQUEZ, A. S. **Ética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 302p., 2000.

WATSON, R.; GASTALDO, E. **Etnometodologia e Análise da Conversa**. Petrópolis, RJ: Vozes; Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio, 2015.

WESSELS, Tina-Marié; KOOLE Tom; PENN, Claire. 'And then you can decide' – antenatal foetal diagnosis decision making in South Africa. **Health Expectations**, p. 1-12, 2014.

WILD, John. Authority. In Frederick J. Adelman (Ed.), **Authority**, The Hague, NL: Martinus Nijhoff. p. 7-23, 1974.

WOMEN ON WAVES. **Abortion laws: Center for reproductive rights**. Disponível em:< <https://www.womenonwaves.org/en/page/4541/abortion-laws>> Acesso em: 2 jan 2017.

WONG, J.; WARING, H. Z. **Conversation analysis and second language pedagogy**. New York: Routledge, 2010.

APÊNDICE A – REGISTRO DE VISITA AO LOCAL PESQUISADO

No dia doze de setembro de 2017, realizei uma visita ao local onde foram gerados os dados em 2013-2014. A visita ao hospital (nome e cidade omitidos) ocorreu sob o acompanhamento do *Dr. X* (nome omitido), responsável pelo setor aqui investigado. Na ocasião, pude conhecer todos os ambientes de atendimento às pacientes (a sala de espera, duas salas onde os exames de imagem são realizados, a sala onde ocorrem as consultas de aconselhamento genético para as pacientes (local onde foram gravadas as interações) e a sala restrita aos profissionais (onde foram mostrados a mim dois exames e fotos de bebês recém-nascidos), bem como alguns dos profissionais de saúde do setor. Tive a oportunidade de conversar e explicar os objetivos da presente pesquisa também a outros dois médicos e à psicóloga do local.

O contato com os/as profissionais/ais, pacientes, ambientes como um todo foi de grande significância para mim. Todos/as foram muito receptivos/as e se mostraram interessados/as, além de colocarem-se à disposição. Os/as médicos/as demonstraram também interesse em saber dos resultados do estudo.

Durante a visita, tive a oportunidade de assistir a uma consulta em andamento. Com o consentimento oral da paciente, seu acompanhante e o médico, acompanhei a consulta e pude sentir, ver e ouvir o que até então já havia ocorrido inúmeras vezes, porém apenas ouvindo as gravações feitas pelas colegas do grupo FEI.

ANEXO A – CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO¹

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

¹ Modelo baseado nas propostas Jeffersonianas de transcrição e adaptado pelo grupo Fala-em-interação em Contextos Institucionais e Não-Institucionais com marcações sugeridas pelo GAT2.

ANEXO B – EXCERTOS 9-10 (SEQUÊNCIA ANALISADA COMPLETA)

Excerto 9-10: HMF_ACONGEN_dara_JEFERSON_04_02_14

180	MED:	[fora o-] .h isso fora o que tá sendo	227		acusô na:da nos exames eu fiz
181		visto no bebê: né: mas (.) tu sentiu	228		raio x:- na da
182		alguma coisa difere[:nte,]	229		(1.4)
183	PAC:	[eu]	230	PAC:	aí passô:, (0.5) aí quando eu tava
184		(0.8)	231		com três mês e me:io ela deu de novo
185	MED:	é:=	232		(0.6)
186	PAC:	=que a gente descobriu que tava	233	MED:	mhm,
187		acontecendo isso com o nenê foi	234	PAC:	aí quando eu fui no mé:dico daí eles
188		quando me deu uma dor muito forte	235		foram fazê ultrassom pra ver (0.6)
189		dos la:do assim	236		tava tudo bem com o nenê, né porque
190	MED:	ãrrã (.) [sim]	237		era muito forte a dor que eu
191	PAC:	[que] eu não conseguiu respirá	238		sentia eu não conseguia caminhá
192	MED:	ãrrã	239		(0.5)
193		(0.7)	240	MED:	°é- nesse [primeiro tu fez raio x-°]=
194	PAC:	daí: eu fui no mé:dico, tudo né:	241	PAC:	[aí: ele viu que tava:]
195	MED:	m[hm]	242	MED:	=>°desculpe PAC°< nesse primeiro tu
196	PAC:	[daí] >ele foi fazê< um ultrassom pra	243		[fez] raio x-
197		ve:r, (0.7)	244	PAC:	[sim]
198	MED:	sim	245		(.)
199	PAC:	do que- né: (.) e daí que ele viu que	246	MED:	mhm
200		eu já tava com perda de líquido °tudo°	247		(6.2) ((MED anota.))
201		bati raio x- e tudo mas os,	248	PAC:	°e no outro também°.
202		(.)	249		(3.7) ((MED anota.))
203	MED:	ãrrã	250	MED:	°tá:°
204	PAC:	>não< NO come:ço (.) antes de eu	251		(0.6)
205		sabê que eu tava grá:vida	252	MED:	.h e:: e tu teve essas dores depois com
206	MED:	ãrrã	253		três me:ses, né:
207		(0.4)	254		(.)
208	PAC:	eu bati um raio x-	255	PAC:	>três mês e meio< de no:vo
209		(.)	256		(14.1) ((MED anota.))
210	MED:	ãrrã,	257	MED:	e no caso:: (.) ã: não s- tu não
211	PAC:	que eu já fui com essa mesma dor que	258		soube o porquê que tava sentindo
212		veio do NADA	259		essas do:res né:
213		(.)	260	PAC:	(0.7) ((nega com a cabeça?))
214	MED:	é dor no peito [então]	261	MED:	°mhm°=
215	PAC:	[é dor] dos lado assim	262	PAC:	=nunca descobri o moti ivo.
216		[ela vinha tu]do=	263		(.)
217	MED:	[°dos lado°]	264	MED:	°mhm:°
218	PAC:	=°a ssim°	265		(13.2) ((MED anota.))
219		(1.0)	266	MED:	tu chegô a usá algum medicame:nto,
220	MED:	isso- °quanto tempo° de gravidez tu esta:va.	267		na gravidez a gora
221	PAC:	é: eu acho que umas quatro semana foi	268		(.)
222		bem no início eu não sabia ainda que	269	MED:	a atu al
223		tava [grávida.]	270		(1.0)
224	MED:	[m:hm.]	271	MED:	ã::=
225		(2.4) ((MED anota.))	272	PAC:	=cefalexina, rivotri:l, (0.8)
226	PAC:	aí: depois parô (0.7) e não	273	MED:	mas tu teve infecção uniná:ria então

274 é i:isso°

275 PAC: (.) ((nega com a cabeça))

276 MED: tu usô cefalexina pra i:quê: daí:

277 (0.4)

278 PAC: porque: ele falô que o nenê ia morrê

279 dentro de mim e pra evitá uma infecção

280 generalizada

281 (0.4)

282 MED: °tá:°

283 PAC: daí eu tomei duas caixa.

284 (0.7)

285 MED: mas [isso:]

286 PAC: [daí] eu parei

287 (.)

288 PAC: [°por conta°]

289 MED: [mas quem] é que te prescreveu i:sso

290 PAC: o doutor °pedro andré°

291 (0.7)

292 MED: e isso foi (0.7) a:õn-

293 PAC: eu tava com três meses e °meio°

294 (.)

295 PAC: lá em ((nome do local omitido))

296 [xxxx]

297 MED: [lá em] ((nome do local omitido))

298 quanto tempo de gravidez tu tava na

299 é:poca.

300 PAC: °três mês e meio°

301 (.)

302 PAC: i:QUAtro mês

303 (.)

304 MED: quatro meses

305 (.)

306 PAC: é: já tava com quatro meses

307 quando ele [receitô essa medicação]

308 ACO: [°xxx xxxxxxxxxxxxxxx xxxxx] remédio°

309 (1.0)

310 PAC: e eu tomei duas caixa

311 (1.1)

312 MED: entã:o (0.8) a senhora usô o

313 cefalexina com quatro meses mais ou

314 menos.

315 (.)

316 MED: mhm

317 (2.4) ((MED anota.))

318 MED: além da cefalexina a senhora u:isô:::.

319 PAC: o rivotril [um faixa]=

320 MED: [°rivotril°]

321 PAC: =pre:ta que é

322 pra dormi:r

323 MED: é: e tu usô:: (.) >tá< usa a:inda ele,

324 (.)

325 ACO: [°não°]

326 PAC: [°não°] eu parei depois que [daí:] =

327 MED: [é:]

328 PAC: =deu tudo esses problema com o [nenê]=

329 MED: [sim]

330 PAC: =eu parei com tudo

331 MED: quanto tempo tu usô: assim tipo de que

332 mês até que mês

333 PAC: um mês e pouco eu acho.

334 MED: >um mês e-<

335 (.)

336 MED: isso foi [por essa-]

337 PAC: [é: nesse] mesmo i:tudo nesse

338 mesmo tempo aí: era i:tudo misturado

339 esses remédio aí:

340 MED: °mhm°

341 (2.5) ((MED anota.))

342 MED: além do rivotril e da cefalexina mais

343 algum outro medica:me[nto]

344 PAC: [°a:i°]

345 (1.1)

346 PAC: e- receitô mais mas eu não [(trouxe)]

347 MED: [não recorda]

348 ACO: o que PAC

349 (.)

350 PAC: i:mais remédio

351 (1.5)

352 ACO: [tem a vitamina]

353 PAC: [tem os outros] da caixa- nã:o fora

354 as vitamina também os outros da

355 caixa verde

356 (.)

357 PAC: >aquela vez< que o pai gastô

358 treze:ntos e pouco

359 (0.7)

360 ACO: [mas tu tem x xxxx xxxxx]

361 PAC: [(°a receita eu tenho] tudo lá°

362 MED: °mhm°

363 (1.0)

364 PAC: tem tudo prescrito, na receita, tudo

365 as caixinha

366 (17.1) ((MED anota.))
((linhas omitidas))

413 MED: algum outro medicame:nto a senhora

414 utilizô

415 (.)

416 MED: fora e:sses

417 (.)

418 MED: a senhora recordô:

419 (1.2)

420 MED: ácido [fólico]

421 PAC: [a mas] daí bem no começi:[nho]

422 MED: [é] 473 PAC: durante a gravidez eu tava fumando
423 ACO: [pa]racetamo:l 474 pouquinho mas no que deu tudo isso
424 né da[ra °xxx°] 475 [u:ns quarenta cigarro °por dia°.]
425 PAC: [é daí] 476 MED: [mas em média °quarenta ci]garros mhm°
426 (.) 477 (.)
427 PAC: daí no comercinho >ali que eu não sabia 478 PAC: se não for mais às vez °passa°
428 que eu tava< grávida [que eu]= 479 MED: mhm,
429 MED: [°tá°] 480 (0.6) ((MED anota.))
430 PAC: =fui no: 481 ACO: o doutor sempre dizia pra nós que
431 MED: ärrä 482 num momento pro outro o coraçãozinho
432 PAC: no plantão que eles me medicaram eles 483 ia pará
433 me [deram] 484 (1.1)
434 MED: [sim] 485 ACO: que: o nenê não ia:: ;bá °tá louco só nós sabemo
435 (1.3) 486 o que a gente sofreu°
436 PAC: voltare:m, me deram diclofenaco, 487 (1.5)
437 [me deram tan]de:ne,= 488 MED: e: bebida de álcool °alguma coisa
438 MED: [isso no primeiro] mês 489 na[da nada°]
439 ACO: [xxxxxxxxxxxxxxxx] 490 PAC: [a de vez] em quando uma cerveja
440 PAC: =é: tudo no primeiro 491 °só° mas de vez em quando=
441 mês ali 492 MED: =de vez em quando
442 (0.7) 493 PAC: é os nervo doutor é os {{voz trêmula} nervo}
443 MED: [°mhm°] 494 MED: sim sim
444 PAC: [tan]de:ne >porque eles< acharam que 495 PAC: deus o livre magina:
445 eu tinha: distendido o músculo 496 (.)
446 (0.4) 497 PAC: que nem eu digo quanta gente aí que
447 MED: °mhm° 498 bota fora e a gente que quer né:
448 PAC: {{voz rangente} ä::} 499 aconte[cê isso.]
449 (2.7) 500 MED: [°mhm°]
450 PAC: °e:u não s:ei° abdoiril aquele 501 PAC: °ideus o livre°
451 (1.0) 502 (3.2)
452 MED: °mhm° 503 MED: °é::° desculpe te perguntá (PAC) mas
453 (0.9) 504 uso de ;dro:gas, essas coisas
454 PAC: ;TUdo >que era tipo de remédio eu< tomei. 505 PAC: não.
455 ACO: °(um monte)° 506 MED: não.=
456 MED: °sim° 507 PAC: =°não°
457 (0.6) 508 ACO: graças a deus.
458 MED: .h e::: [que que]= 509 (.)
459 ACO: [xxxxxxx] 510 MED: °°tá jóia°°
460 MED: =eu ia te colocá 511 (4.0) ((Anota.))
461 (0.6) ä:: (0.4) a senhora fuma::, 512 MED: ä::
462 (0.6) ((PAC assente com a cabeça.)) 513 (2.0)
463 MED: °fuma°. 514 MED: qual o nome do teu marido?
464 (.) 515 (0.6)
465 MED: na gravidez a senhora fumô em média 516 MED: o nome do teu marido?
466 quantos cigarros por dia 517 PAC: marcelo
467 PAC: m: 518 MED: marcelo.
468 (0.8) 519 (0.5)
469 MED: é 520 MED: .h e que idade ele tem (daí:) PAC
470 PAC: agora depois de- depois nessa situação 521 PAC: vinte e um.
471 [eu acho que uns quare:nta assim] 522 MED: vinte e um.
472 MED: [durante a gravidez] ((linhas omitidas))
780 MED: .h é:: (.) gen:te o que que foi falado

781 pra vocês assim do que que tá sendo

782 ve- visto no bebê:, (0.4) .h o que que

783 foi colocado assim >que vocês< entenderam

784 até agora

785 (0.8)

786 PAC: ali:

787 MED: isso [isso do exame]

788 PAC: [naquela sala] dos rim

789 (0.4)

790 MED: isso.

791 PAC: é que a gente não conversô muito ela

792 falou [que primeiro] ela quer né

793 MED: [sim, sim.]

794 (.)

795 MED: i:sso [°isso°]

796 PAC: [falô] dos rim, do pulmão,

797 MED: i:sso mas o que que vocês entenderam

798 até agora

799 (0.6)

800 ACO: entendi ;nada doutor

801 (.)

802 ACO: cada um conta uma coisa,

803 PAC: hhhhh

804 MED: [é:]

805 PAC: [nin]guém chegô pra nós e disse olha

806 é [;isso]=

807 MED: [sim]

808 ACO: =e esquece

809 MED: sim, sim

810 ACO: é isso

811 (.)

812 ACO: então ficam enro;lando >já viemo< enrolada

813 de lá:

814 (.)

815 MED: sim=

816 ACO: =>tá certo agora (disseram) e começamo

817 o tratamento aqui<

818 MED: sim=

819 ACO: =mas lá nin;guém disse coisa com

820 [coisa]=

821 MED: [sim]

822 ACO: =só me enrolaram.

823 (.)

824 MED: é: mas o que [foi falado:]

825 ACO: [mas ninguém] che;gô

826 (.)

827 MED: ;é e do que foi falado aqui o que que

828 vocês conseguiram [entendê::]

829 ACO: [os- o] doutor só

830 dizia pra nós, (.)

831 MED: ärr[ä]

832 ACO: [qu]e a qualquer momento (.)

833 MED: °ä[rrä°]

834 ACO: [o co]raçãozinho do nenê vai pa;rá

835 MED: isso lá o médi[co de lá:]

836 ACO: [nã-]

837 PAC: [é:]

838 ACO: lá:=

839 MED: =o médico de lá:.=

840 ACO: =não po;dia (.)

841 MED: ä[rrä]

842 ACO: [morr]ê na >barriga dela, porque ela

843 ia corrê risco<

844 (.)

845 MED: sim.

846 ACO: daí que a:: é: daí eu tinha vi- dado:: (.)

847 MED: ärrä

848 ACO: aquele:: >°anti-< anti::°biótico pra ela,

849 MED: s[im,]

850 ACO: [pra] não dá infecção generalizada

851 dentro ;dela

852 MED: ärrä

853 (.)

854 ACO: e ;ele >daí ele foi< só enro;lando só

855 enro;lando [a nenê]=

856 MED: [sim.]

857 ACO: =tá crescendo e é:: um

858 mila:gre, é um milagre, [enro]lô=

859 MED: [ärrä]

860 ACO: =nós a;tté:

861 seis meses

862 MED: °sim°.

863 ACO: até que a gente:

864 MED: isso

865 (.)

866 MED: [e agora o-]

867 ACO: [daí ninguém] entrô daí pa[;rô]

868 MED: [é::]

869 (.)

870 MED: mas o que que foi colocado aqui pra vocês

871 que vocês entenderam

872 (.)

873 PAC: é: é que eles não [;falam]=

874 MED: [°isso°]

875 PAC: =na:da eles

876 [fa:zem]=

877 MED: [é::]

878 PAC: =e tu só- (.) eles conversam entre

879 [e:les]=

880 MED: [sim]

881 PAC: =ali >as coisa que a gente< não

882 en;tende o [que eles tão falando.]

883 MED: [não foi falado com] ninguém

884 ainda

885 (.)

886 MED: .h ã:[:]

887 ACO: [e] opinião dos outros né [que vi]ram=

888 MED: [sim]

889 ACO: =o laudo ali:

890 MED: isso [na verdade]=

891 ACO: [não sei?]

892 MED: =o que que tá acontecendo

893 né: (.) .h ã: o que se viu no ri- no::

894 na criança né no >menino< .h é que na

895 verdade o que acontece .h ele tem essa

896 alteração que tem <os cistos no rim>

897 (.)

898 MED: né que o rins- os rins se desenvolveram

899 de forma diferente né:.

900 (.)

901 MED: .hh e o que chama muito a atenção

902 .h é que: o líquido- que deveria

903 ter (em) fo:ra do bebê:, né ao redor

904 dele, tá ausente °ou tem° muito

905 pouco né:

906 (.)

907 MED: .hh então o que que acontece

908 a gente tenta relacioná as coisas

909 né: .hhh (.) quem produz boa parte

910 do líquido que tá em volta do bebê,

911 .h é o próprio bebê:, a partir do xixi,

912 que é produzido pelos rins

913 (.)

914 MED: então o que que a gente: ã:: qual é a

915 lógica que a gente tem

916 (.)

917 MED: .h como o rim tá alterado, (.) tipo:

918 <provavelmente ele não tá produzindo

919 urina,> (.) e consequentemente

920 não tá sendo produzido o líquido (.) fora

921 do bebê

922 (.)

923 MED: que ele não tá urinando, .h né:

924 (.)

925 MED: por uma alteração provavelmente

926 do rim?

927 (.)

928 MED: .h né: e consequentemente isso faz com que

929 não tenha líquido fo:ra

930 (1.2)

931 MED: .h qual o problema disso né qual é a

932 dificuldade ex- existe nesse caso.

933 (.)

934 MED: .hhh é que não havendo líquido fo:ra havendo

935 muito pouquinho, .h o bebê ele vai

936 se desenvolvendo (.) apertadinho

937 (0.7)

938 MED: porque não tem o líquido pra fazê

939 aquela: aquele espaço .h é: entre a

940 bolsa: e o bebê né:: .h então o bebê

941 se desenvolve todo encolhidinho

942 (.)

943 MED: se ele se desenvolve <encolhido:>

944 .h o principal órgão (.) assim

945 que pode sofrer com isso .h é o

946 pulmão

947 (0.6)

948 MED: porque:,

949 (.)

950 MED: .h porque .h ele ficando apertado

951 o pulmão vai se desenvolvê (.) todo

952 apertado.

953 (.)

954 MED: se ele se desenvolvê apertado, (.) ele

955 não vai consequentemente se formá:

956 (.) de forma adequada

957 (0.5)

958 MED: ele vai se desenvolvê: .h é:: °é- é-°

959 alterado.

960 PAC: °mhm°

961 MED: tá: ele vai fi- se desenvolvê pequeno

962 porque ele tá apertado .h e não vai

963 se conseguir se formá: (.) da

964 forma como deveria

965 (0.5)

966 MED: .h e qual é o: (.) o risco disso

967 .h é que enquanto ele tá até

968 na barriga do- da mãe, (0.5)

969 (.) tipo: ali:, a mãe de certa forma

970 (.) tá mandando sangue, e nutrientes

971 pelo cordão

972 (0.4)

973 MED: né: ele não precisa respirá ainda por conta.

974 (0.6)

975 MED: .hh quando o bebê nas:cê (.) xxxx

976 que nasce assim .h e tipo é- é::

977 e é cortado o cordão, (0.4) é por assim

978 dizê cada um por si

979 (0.6)

980 MED: né: e daí ele- ele precisa °te:r° .h

981 assim subsídios pra ele me:smo (.)

982 podê respirá: e se desenvolvê

983 (.)

984 MED: .h só que como o pulmão (.) pode não

985 se desenvolvê: (.) de forma adequada
986 pela falta do líquido, .h pode
987 acontecê que quando ele nasce,
988 (.) ele te:nhá uma dificuldade respiratória
989 grande.
990 (0.4)
991 MED: tá: .h o problema (0.8) depois
992 do nascime:nto que a gente se
993 preocupa <mais,> .h não é até
994 tanto pelo rim
995 (0.6)
996 MED: tá: .h o rim claro é importante
997 porque ele não vai tá f- provavelmente
998 ele não esteja funcionando .h
999 como deveria, .h mas o problema ;mais
1000 grave, e que pode infelizmente por
1001 em risco a vida do bebê, é a questão
1002 do pulmão
1003 (.)
1004 MED: .h porque pela ;falta de líquido
1005 >como eu falei< uma coisa vai levando a
1006 outra .h a alteração do ri:m, (0.4)
1007 faz com que o nenê <não faça xixi> .h
1008 não urine de forma adequada
1009 (0.4)
1010 MED: .h isso consequentemente faz com que
1011 falte líquido fora do be:ibê:
1012 (0.4)
1013 MED: .h faltando líquido o bebê só
1014 vai se desenvolvê: (.) °apertadinho°
1015 .h e o principal (.) proble:ma, ou
1016 complicação que pode havê:
1017 (.) <é o pulmão não se desenvolvê
1018 de forma adequa:da> ;né:
1019 (.)
1020 MED: .h e ;quando ele nascê ;principalmente
1021 .h pode acontecê dele- >daí ter que-<
1022 ele respirá por conta, .h e ele ter uma
1023 dificuldade °;muito importante° pra
1024 respirá
1025 (.)
1026 MED: porque o pulmão dele não se desenvolveu como
1027 deveri:a ;né:
1028 PAC: mhm
1029 MED: e- ;isso é a ideia que a gente tá
1030 tendo agora no mome:nto tá:.
1031 (.)
1032 MED: .h pelo .h isso- essa avaliação na
1033 verdade que a gente te:m, é uma
1034 avaliação um pouco dinâmica
1035 (.)

1036 MED: a gente vai ter que ir vendo, (.)
1037 ao longo da gravidez, °o ;que° que
1038 vai acontecê: se vai- (.) se
1039 produzir mais líquido ou não,
1040 se vai continuá com essa falta,
1041 .h se vai ser identificado ;outra
1042 >alteração< fo:ra (.) a alteração que
1043 a gente tá vendo nos ri:ns, né:
1044 PAC: .hh então tem todas essas coisas né:
1045 ACO: e a cha:nce dele doutor
1046 (0.5)
1047 MED: é:, aparentemente- a gente tendo essa
1048 visão < ;de ho:je,> .h (.) ã:.
1049 (0.6) muito provavelmente(.) ele
1050 vai t- ;é um quadro bastante °gra:ve
1051 tá:°.
1052 (.)
1053 MED: com essa ideia que a gente tá vendo
1054 hoje, .h porque: (.) essa alteração
1055 (0.6) parece (0.5) por ;não ter
1056 líquido fora, (0.4) tipo o rim não
1057 funciona né °parece não funcioná°
1058 (.)
1059 MED: .h e isso- co- como eu falei pra
1060 vocês a princi;pal complicação
1061 °é a questão do pulmão°.
1062 (0.4)
1063 MED: e isso que pode dá um sintoma ma:is
1064 .h agudo [quando ele]=
1065 ACO: [°entendi°]
1066 MED: =nascê: né:.
1067 (.)
1068 MED: .h e a preocupação que a gente tem
1069 >é exa-< é exatamente é em função dessa
1070 questão .h dele de repente ;não
1071 <conseguir> .h ter condições de
1072 respirá: ;mesmo com a ajuda °tá:°
1073 (.)
1074 MED: .h porque como o pulmão ele pode tá se
1075 desenvolvendo (.) peque:no, (.)
1076 e consequentemente ;não se desenvolvê
1077 como deveria, .h isso pode levá a
1078 uma: .h uma: falta uma difuculdade
1079 de respiração ;muito grande
1080 °no nascê°
1081 (0.9)
1082 MED: .h entã:o (1.5) .h ã- essa é a visão que
1083 a gente- tá tendo, (.) ho:je né assim
1084 vendo >com as-< com os resultados
1085 dos exames que a gente viu até hoje
1086 °né°

1087 (.)

1088 MED: .hh então a gente- também tá

1089 tentando entendê melhor o que que

1090 tá acontecendo °tá:°.

1091 (.)

1092 MED: .h [°mas-°]

1093 ACO: [douto]:r

1094 (.)

1095 MED: ärrä,

1096 (0.4)

1097 ACO: e ela vai até o:s. (.) °o:° o que que

1098 vocês vão fazê:

1099 (.)

1100 MED: [ärrä]

1101 ACO: [até] os sete me:s'es?

1102 (0.7)

1103 ACO: ou o senhor vai esperá completá

1104 os no:ve.

1105 (.)

1106 ACO: como é que vai °ser?°

1107 (0.7)

1108 MED: é: o que que acontece (0.4) ela:: vocês

1109 começaram a fazê o acompanhamento

1110 a pouco tempo né: a gente tá ent-

1111 tentando enten|dê melhor ainda o que que

1112 tá acontecendo.

1113 (.)

1114 MED: .h <tem ca::sos que |pode acontecê>

1115 de- ele querê nascê antes do tempo

1116 (.)

1117 MED: o:u até:: infelizmente dele

1118 não resisti:r (0.4) ainda dentro

1119 da barriga |tá:

1120 (.)

1121 MED: .h isso- (.) ä- tipo [já]=

1122 ACO: [°ai°]

1123 MED: =aconteceu tá:

1124 (.)

1125 MED: .hh mais usualmente o que a gente

1126 vê: mais, .h é que os bebês:

1127 chegam ao nascimento, (.) .h e

1128 no nascimento apresentam essa dificuldade

1129 respiratória importante °né:°

1130 (.)

1131 MED: .h a gente |tá tentando fazê os exames

1132 pra [enten|dê=

1133 ACO: [°sim°]

1134 MED: =melhor °o que que° tá

1135 acontecendo né: .h mas- a impressão

1136 (0.5) maio:r que a gente tem agora

1137 (.) infelizmente parece ser uma

1138 coisa realmente gra:ve tá:

1139 (.)

1140 MED: .h e tem essa questão |principalmente

1141 .h por causa da questão respiratória,

1142 (.) de depois do nascimento °né:°

1143 entã:o=

1144 PAC: =°sim°

1145 (.)

1146 ACO: [°mais°-]

1147 MED: [e isso] por isso que a gente se preocupa

1148 °né°, =

1149 ACO: =é: ela não corre ris:co

1150 (.)

1151 ACO: nenhum.

1152 MED: .hh aparentemente a princípio não

1153 mas é importante, a gente continuá

1154 fazendo esse acompanhamento até

1155 por essa- esse histórico que tu

1156 comenta:ste que teve (.) essas-

1157 fun- funções todas ao longo do

1158 pa:рто, [e tudo:]

1159 PAC: [a:i eu não] vou ganhá parto

1160 normal aqui né [dou]tor?

1161 MED: [,h é-]

1162 (.)

1163 MED: a gente vai ter que <avaliá: tá:>

1164 (.)

1165 MED: isso a gen[te::]

1166 PAC: [pelo] amo::r de deus né

1167 (.)

1168 PAC: {{rindo}} [(aí não dá)]

1169 MED: [mas isso vai:] vai ser

1170 tudo avaliado e vai sendo colocado

1171 pra ti tá:[:],

1172 PAC: [é] que na ho:ra

1173 [lá]=

1174 MED: [ärrä]

1175 PAC: =|dá=

1176 MED: =sim=

1177 PAC: =funciona o negócio.

1178 (.)

1179 MED: [sim]

1180 PAC: [o pro]blema é na hora de nascê

1181 [a ho]ra=

1182 MED: [é::]

1183 PAC: =encaixa a cabeça o ú[tero] fecha.

1184 MED: [é::]

1185 (.)

1186 MED: isso

1187 (.)

1188 MED: é que a gente [tem que ver às vezes pode]=

1189 ACO: [°é esse que é o problema né:°]

1190 MED: o bebê tá:: (.) muitas vezes nessas

1191 situações >às vezes< o bebê tá

1192 senta:do, então .h tem que se vê

1193 ainda:: (.) conforme por isso a

1194 importância >de se< continuá

1195 o acompanhamento, né: .h tanto

1196 pra ver como é que vai evolui:r

1197 (0.6)

1198 MED: se vai surgir al;gum- porque existem .h

1199 problemas da gravidez que tão

1200 sujeitos (.) tipo: tem algum

1201 aumento de pressã:o, .h tem o diabe:tes,

1202 e alguma outra coisa que isso, .hh

1203 pode acontecé: né então a gente tem que

1204 vê: .h porque a gente tá cuidando

1205 ;não só do be;bé a gente cuida de ti:,

1206 (0.4) né: vê a família como um to:do

1207 né: entã:o .hh por isso que vai ser

1208 importante a gente continuá acompanhando

1209 tá:

1210 (.)

1211 MED: .hh da ;minha parte da gené:tica,

1212 (.) .h seria, (0.5) importante a gente

1213 in;dicá a realizaçã:o, (.) .h de

1214 um exa:me que é da gené:tica daí:.

1215 (.)

1216 MED: .h ;foi falado pra vocês do

1217 exame da pun;ção

1218 (1.0) ((PAC provavelmente nega com a cabeça.))

1219 MED: não.

1220 (0.7)

1221 MED: isso não foi comentado °com vocês°.

1222 (.)

1223 MED: .hhhh (.) existe um exame que a gente

1224 pode avaliá:: (.) a parte da genética

1225 do bebê °;tá°.

1226 (.)

1227 MED: .h que é um exame que a gente faz <uma

1228 pun;ção>

1229 (0.4)

1230 MED: .h usualmente a gente faz pra: retirá

1231 uma pequena quantidade de líquido

1232 mas como no teu caso: o bebê ;não te:m

1233 (.) quase líquido é muito pouco: (.)

1234 .h a gente tem como fazê essa pun;ção do cordão

1235 (.) umbilical

1236 (0.4)

1237 MED: e pegá sangue, (.) diretamente, (0.9)

1238 pra avaliá (0.5) uma ;parte da

1239 genética do bebê que é dos cromosso:mos

1240 né:.

1241 (0.4)

1242 MED: .h então isso a gente teria que ;ver

1243 .h (1.3) ã no sentido a gente in; dica:

1244 pra enten;de melhor o que o bebê te:m,

1245 (.) porque- isso pode ter repercussões

1246 ;não só pra gravidez atual, .h como

1247 também °pro futuro tá:°

1248 (.)

1249 MED: ou até pra outras pessoas na família

1250 (.)

1251 MED: tá::

1252 (.)

1253 MED: .h então a gente in; dica a realização desse

1254 exame,

1255 ACO?: °mhm°

1256 MED: .h o exame na verdade ele é ;simples

1257 tá: (.) é feito uma pun;ção (.) .h

1258 guia:da pelo ultrassom, (.) que na

1259 verdade a gente faz uma pun;ção daí

1260 ;pro cordão

1261 (.)

1262 MED: e pega um pouco de sangue do cordã:o,

1263 (.) e faz uma análise da genética

1264 do bebê

1265 (0.4)

1266 MED: .hh isso pra tentá ver se o bebê < ;pode

1267 no caso,> (.) ter ;não só o problema

1268 nos rins, .h mas ter no caso uma

1269 síndrome °até:°

1270 PAC?: °mhm°

1271 MED: °né:°

1272 (.)

1273 MED: .h então a gente in; dica esse exame no

1274 sentido °pra gente° enten;de melho:r

1275 (.) .h até- tentá justificá o que que

1276 tá acontecendo com o bebê,

1277 PAC?: mhm

1278 MED: e isso pra pensá: pra gestações

1279 futu:ras ou até pra ver, se existe

1280 indicação de avaliá: >por exemplo<

1281 a própria da:ra, .h o teu marido, ou

1282 outras pessoa da família °tá:°

1283 ACO: no abdômen doutor ele tem

1284 problema?

1285 (.)

1286 MED: °oi?°

1287 (.)

1288 ACO: no abdômen

1289 (.)

1290 MED: aparenteme:nte não se viu na:da

1291 tá pelo o [que::]

1292 ACO: [o co]ração como: tinha

1293 alguém [falado]

1294 MED: [não s-] não tem descrito mas u-

1295 uma coisa que a gente tem que ter

1296 me:nte tá: >°como †tem°< falta de lí:quido,

1297 .h isso dificulta muito a visualização do

1298 bebê

1299 PAC: m::.=

1300 MED: =porque o líquido ele é importante

1301 também, pro ultrasso:m, (.) pra tu podê

1302 ver melhor.

1303 (.)

1304 MED: então †não tendo o: (.) assim tendo

1305 †pouco líquido (.) isso também

1306 dificulta muito a visualização do bebê

1307 (0.5)

1308 MED: .h tá: .h a gente te:m como fazê outros

1309 exames, de:pois .h tipo:: .h eu não

1310 sei se foi feita a e:cocardiografia

1311 >o exame do coração do< bebê:,

1312 (.)

1313 MED: esse não [foi feito ainda]

1314 PAC: [°não não foi feito] ainda°

1315 MED: isso a gente pode ve:r (.) pra já

1316 tentá programá pra tentá avaliá

1317 também tá:

1318 (0.4)

1319 MED: .hh e a outra questão conforme a

1320 evoluçã:o, (0.7) fazer o exame de

1321 <ressonância feta:l>

1322 (.)

1323 MED: que:: vê o bebê de um †outro

1324 jeito.

1325 (.)

1326 MED: é uma ressonância que a gente vê o

1327 bebê daí

1328 (0.5)

1329 MED: então tem como: .h tem outros exames

1330 °que° que ajudam a avaliá melho:r, .h

1331 o que tá acontecendo com o bebê: .h

1332 e pra sabê se é SÓ realmente o problema

1333 nos rins, .h ou tem alguma outra coisa

1334 a mais que a gente não tá vendo °tá:°.

1335 (0.7)

1336 MED: .hh [†e:]

1337 ACO: [ele] tá so†frendo doutor

1338 (0.6)

1339 ACO: [tá:: tá:: passando,]

1340 MED: [.h a princípio:: (.)] a pricípio:

1341 (0.6) [>a] gente<=

1342 ACO: [°a°]

1343 MED: =>acredita< até que †nã:o

1344 tá::

1345 (.)

1346 MED: na verdade †é: a gente não tem muito como

1347 avaiá: isso, .h né: .h isso a gente

1348 não sabe °muito bem° ao ce:rto né

1349 (.)

1350 MED: .h mas aparenteme:nte, .h na verdade o que

1351 que tá acontecendo é que ele tá: se

1352 desenvolve[ndo-]

1353 ACO: [o: mé]dico que f[e:z esse:]

1354 MED: [ãrrã]

1355 (.)

1356 MED: [sim]

1357 ACO: [essa] eco:: nela lá no ((nome do

1358 hospital omitido))

1359 MED: sim

1360 (.)

1361 MED: [°ãrrã°]

1362 ACO: [ele]fa†lô pra ela que †a::

1363 MED: ã[rrã]

1364 ACO: [nene]zinha tava agonizando.

1365 (0.7)

1366 ACO: né ela até chorô †mu:ito

1367 (0.4)

1368 PAC: h {{rindo} (eu quase [sempre tô])}

1369 ACO: [agonizando]

1370 PAC: não eu tenho que dá força pra [eles]

1371 MED: [é::] si::m.

1372 ACO: °†a mas [(quando eu xxxx)°]

1373 MED: [nã:o na verdade] é:: é que isso

1374 a gente não- é difícil de tu:: (.) .h

1375 tu:: mensurá: né: .h porque:: (.)

1376 é a gente não †tem > muitas vez< como

1377 ver indiretamente no bebê .h ele

1378 não tem nenhum sintoma por exemplo:

1379 †a: frequência cardíaca- é que às

1380 vezes quando a gente tem do:r .h a

1381 frequência cardíaca do bebê aume:nta,

1382 e tudo:

1383 (.)

1384 MED: .h aparentemente nã::o não †tem nenhuma

1385 alteração desse tipo que indique:

1386 PAC: °sim°. =

1387 MED: =algum tipo e sofrime:nto né:

1388 ACO: °mhm°

1389 MED: .h e até: muitas vezes >existem< outros

1390 sinais indiretos que †podem às vezes

1391 .h (.) até: te dá uma ideia >que de repente<

1392 de ele pode tá sofrendo ou †não

1393 (1.1)

1394 MED: mas pelo parâmetro que a gente tem,

1395 .h ã:: o- a dificuldade que existe é que

1396 ele tá se desenvolvendo ↑só: (.)

1397 comprimido

1398 (0.4)

1399 MED: assim tipo: .h o es↑paço que ele tem

1400 pra se [desenvolvê]

1401 PAC: [°é curto°]

1402 MED: é curto exatame:nte.

1403 (.)

1404 MED: .h e por i:sso que: (.) a:: dificuldade

1405 é a questão ↑principalmente como eu

1406 falei pra vocês .h (.) do desenvolvimento

1407 °dos pulmões né:°.

1408 (0.7)

1409 MED: .hh esse exame gente do:: do: cariótipo,

1410 que é o exame da genética, .h a gente

1411 °tem como oferecê pra fazê aqui no

1412 ser↑viço tá:°

1413 (.)

1414 MED: .hh até:: .h a gente teria como::

1415 (.) ↑ã: >como eu falei< a gente indi:ca

1416 no sentido pra tentá entendê melho:r

1417 .h o que que tá aconteçendo né,

1418 .h e a gente teria como marcá °até°

1419 pra fazê o °e↑xame a↑qui°

1420 (.)

1421 MED: .hh ele seria importante nesse sentido

1422 a gente entendê o que que tá acontecendo,

1423 e ve:r até pra gestações futu:ras,

1424 (.) .h e até pra outras pessoas

1425 da família se for o ca:so se havê

1426 necessidade, .h de fazê também a

1427 avaliação °tá:°.

1428 (.)

1429 MED: .hh (0.4) ↑é um exame: (.) simples de

1430 fazê: é feito ju:nto aonde é feito

1431 o exame de ultrassom, .h é guiado,

1432 pelo ultrassom

1433 (.)

1434 MED: usualmente quem o que a gente fa:z é o

1435 primeiro exame que a gente faz na ta:rde,

1436 (.) naquele di:a, .h e a ideia é

1437 >na verdade< fa:zê (.) tu ficaria em

1438 (.) tipo em observação por algumas horas,

1439 .h e no final do di:a a gente .h se

1440 tive tudo bem a gente- .h (.) ã: libera

1441 pra ir pra casa.

1442 (0.4)

1443 MED: .hh (.) <↑qua:l é o: poré:m> ou o risco

1444 °que pode havê nesse exame°

1445 (1.2)

1446 MED: esse exame é uma punção

1447 (0.6)

1448 MED: então o que que acontece, uma punção

1449 .h é: é: (.) >tipo< entra uma

1450 agu:↑lha né: .h que: na verdade é

1451 puncionado o cordão ali aonde

1452 tá o bebê

1453 (.)

1454 MED: .hh (0.8) ↑nessa punção, <↑pode>

1455 acontecê: (0.4) é ra:ro de acontecê

1456 mas pode, tá: .hh ã: isso tá descrito

1457 em outros serviços que fa:zem o

1458 ex[ame,]

1459 ACO: [°mhm°]

1460 MED: .h que quando a agulha- (.) a:- atravessa

1461 principalmente a bolsa, que tá

1462 em volta do bebê:, .h ↑pode

1463 <eventualmente> o organismo da mãe

1464 entendê que: tipo ↑não ã:: (.) .h tipo

1465 rompeu a bolsa: (0.4) e entrá

1466 em trabalho de parto.

1467 (.)

1468 PAC: ↑a não

1469 MED: é:[:]

1470 PAC: [°de]us me livre°.

1471 (0.4)

1472 MED: é: isso- é- [seria]=

1473 PAC: [°m|m°]

1474 MED: =o risco de podê

1475 acontecê .hh ã:: .h esse risco é ra:ro

1476 tá: mas po[deria acontecê]

1477 PAC: [°°não mas eu não] vou arriscá°°)

1478 MED: sim.

1479 PAC: é: raro [mas]=

1480 MED: [é:]

1481 PAC: =eu não vou arriscá

1482 {{rindo} [comigo ↑não]}

1483 MED: [é:: .h i:]sso [taria::]=

1484 PAC: [(°m|m°)]

1485 MED: =descrito que poderia acontecê

1486 tipo a cada de:zetas vezes que se fa:z

1487 (.)

1488 MED: né:: então na verdade (0.6) tem esse

1489 porém tá:

1490 PAC: °mhm°=

1491 MED: =>a gente sempre tenta< colocá essas

1492 coisas tipo::

1493 PAC: mhm:=

1494 MED: =o benefício >que te<ria, e o risco

1495 que teria, pra- pra vocês podere:m

1496 (0.8) te:- ter os subsídios né pra pode

1497 escolhê né da forma .h

1498 PAC: mh[m:]

1499 MED: [co]mo acharem melho:r tá:

1500 (.)

1501 MED: .h e|xiste até a possibilidade

1502 da gente fazê esse exa:me depois do

1503 nascimento

1504 (.)

1505 MED: .hh (0.4) mas tem dois poréns tá:,

1506 (.)

1507 MED: |se por aca:so (.) infelizmente se acontecê

1508 do bebê: <falecê> a|inda durante a

1509 gravidez, .h a gente não tem condições

1510 mais de fazê o exame

1511 (0.6)

1512 MED: tá:, .h >porque a gente-< daí perde

1513 informação

1514 (.)

1515 MED: .h (.) |e: (.) dependendo da forma como ele

1516 nascê tipo:: (.) .h s:- |ã: (0.5)

1517 vá lá que de repente entra em

1518 trabalho de parto, nasce num dia,

1519 tipo de |noite::, sabe (.) bem,

1520 (.) f:ora do: (.) do que a gente planejô

1521 .h pode acontecê da: da gente

1522 talvez não conseguir realizá o exame

1523 °né°

1524 (.)

1525 MED: mas existe condições também da gente

1526 .h fazê o exame depois do

1527 nascimento °tá:°

1528 PAC: °°mhm°°

1529 MED: >a gente< poderi:a também fazê tá:

1530 ACO: °°m:: vamo esperá então°°

1531 (0.5)

1532 MED: °tá::°

1533 PAC: [°é?°]

1534 MED: [.h pra] nós é aquela coisa no sentido de

1535 entendê melhor o que tá aconte[ce:ndo n]é:

1536 ACO: [°°mhm°°]

1537 (.)

1538 ACO: (°°depois) do nascimento°°=

1539 MED: =.h e já ter

1540 essa informação pra:: pensando pro

1541 futuro né:

1542 (0.5)

1543 ACO: °mhm°

1544 MED: °tá° .h eu não sei qual- (.) a opinião

1545 que vocês têm é mais de esperá:: me:smo,

1546 (0.6)

1547 PAC: °vamo es[perá°]

1548 MED: [°é°]

1549 (0.4)

1550 MED: esperá mais.=

1551 ACO: =depois do nascimento en[tão.]

1552 MED: [tá:]

1553 (1.5)

1554 MED: >.h |SE por acaso vocês mudarem< de- de ideia,

1555 .h a gente tem até as tri:nta, trinta

1556 e uma semanas (.) a gente ainda tem

1557 como fazê

1558 (.)

1559 MED: .h depois disso °infelizmente daí a gente

1560 já nã:o (.) não tem mais como fa|zê tá:°.

1561 (.)

1562 ACO: (°°;não°°)

1563 (1.6)

1564 MED: °tá:°

1565 (1.0)

1566 MED: °°isso°°

1567 (0.5)

1568 MED: .h mas a ideia na verdade é por enquanto::

1569 (0.6) e- pensá mais em fazê

1570 PAC: m[hm]

1571 MED: [de]pois do nascime[nto]=

1572 ACO: [°é°]

1573 MED: =é isso.

1574 (.)

1575 MED: tá

1576 (0.9)

1577 MED: °°tá°°

1578 (.)

1579 MED: .hh se- (.) for mudando alguma

1580 coisa: ao longo da gravidez a

1581 gente vai colocando também pra

1582 vocês tá:, .h mas o que a gente

1583 poderia fazê |por enquanto

1584 també:m, .h é esse exame do coração

1585 tá:. eu vou tentá ver se a

1586 [gente já:]

1587 ACO: [(°°um esse] aí) xxx [xxxx°°]

1588 MED: [já conse]gue ver

1589 pra marcá tá:

1590 PAC: mhm

1591 MED: pra já ir avaliando também °tá°

1592 (.)

1593 MED: .h eu só vou anotá algumas coisinhas

1594 [aqui:]

1595 ACO: [tá]

1596 PAC: mhm:

1597 MED: e eu vou com vocês ali ve::r (.)

1598 principalmente em relação [a esse]=

1599 PAC: [°tá:°]

1600 MED: =exame do coração tá.

1601 (1.1)

1602 MED: °daí pra:°

1603 (0.8)

1604 MED: .h se tiverem alguma dúvida ipodem

1605 ir perguta:ndo tá:

1606 (0.9)

1607 MED: °a:°

1608 (3.2)

1609 ACO: tu diria pra nós ir xxxxx? ((Parece falar com

1610 PAC apenas.))

1611 (2.0)

1612 ACO: °pra fazê o exame°

1613 MED: oi?

1614 (1.3)

1615 ACO: °°pra fazê o exame do coração°°.

1616 (0.8)

1617 PAC: °°xxxx xxxxxxxx°°

1618 (3.1)

1619 ACO: °°xxxxxxxx xxxxxxxx xxxxxxxx xxxxxxxx

1620 xxxxx xxxxxx xxxxxxxx°° ((Fala com PAC.))

1621 (1.0)

1622 ACO: °°xxx |xxx xxxx°°

1623 (3.0)

1624 ACO: DOU|TOR por que que esse outro [médi]co,=

1625 MED: [°é°]

1626 ACO: =largô assim [tã:o]=

1627 MED: [°sim°]

1628 ACO: =ta:rdê esse ca:so

1629 quando ele >viu que não deu-<

1630 (0.7)

1631 ACO: que não tinha o que fazê °né°

1632 MED: .hhhh [°ã::°]

1633 ACO: [por |que] ele entregô pra nós

1634 com seis me:ses

1635 MED: é: na verdade o- [que que acontece.]

1636 ACO: [se com três me]ses ele-

1637 a primeira [a:: a consulta (beleza)]

1638 MED: [é: é que a gente não] sabe

1639 exatamente o que que ele tava pensa:ndo

1640 né: eu não sei se até ele poderia

1641 ter alguma dúvida °em relação° à

1642 questão do diag[nóstico]

1643 PAC: {{falsete}[|NÃO ele] só dizia assim

1644 que ia mo:rrê)=

1645 MED: =.h é: .h é: [.hh |é:]=

1646 PAC: [°que ia morré°<]

1647 MED: =é o- que que acontece agui na verdade:

1648 é um serviço que é de referência

1649 pra °esses ca:sos né:° até se vocês-

1650 .h começarem

1651 PAC: aí |quando ele [viu que tava]=

1652 MED: [conversa:ndo,]

1653 PAC: =chegando

1654 quase nos sete meses o nenê

1655 [|NÃO]=

1656 MED: [sim.]

1657 PAC: =tinha mo:rrido=

1658 MED: =si:m si:m

1659 PAC: aí: ele

1660 MED: |é:=

1661 PAC: =>°saltô |fora né°<

1662 (.)

1663 MED: é: a gente não sabe exatamente o que

1664 que aconteceu né: mas- aqui:

1665 >a gente< (0.4) .h costuma recebê

1666 esses ca:sos porque a gente

1667 tem mais expe[riên]cia=

1668 ACO: [(°é°)]

1669 MED: =né no

1670 [sentido::]

1671 PAC: [(bem que] falaram lá:)

1672 MED: sim

1673 PAC: xxxxx que nós tava conversando com o

1674 doutor rogério [e tudo]=

1675 MED: [ãrrã]

1676 PAC: =eles né

1677 (.)

1678 MED: sim=

1679 PAC: =isso aí é era coisa de ele

1680 ter entregado |antes então não

1681 agora,

1682 (0.5)

1683 MED: sim=

1684 PAC: =né que:=

1685 ACO: =mas agora também não

1686 adi|anta né: [a gente querê (°né:°)]

1687 MED: [é: a gente:] tem que tentá:

1688 agora (.)

1689 ACO: [°tentá ver xxxxxxxxxxxx°]

1690 MED: [pelo menos vocês (até)]conseguiram

1691 chegá aqui: a gente sabe que tem essas

1692 dificuldades tam|bé:m né: .hh vamo

1693 tentá ver- (de tudo) pra gente

1694 tentá entendê melhor o que que tá

1695 aconte[cen]do=

1696 ACO: [°é°]

1697 MED: =né:

1698 (0.8)

1699 MED: °mhm°

1700 (.)

1701 ACO: (>doutor<) o caso [(dele)]=

1702 MED: [°é:°]

1703 ACO: =assim (dá)

1704 essas do:r de: dela ganhá:, °né°

1705 (0.4)

1706 MED: arrã

1707 (.)

1708 ACO: daí eu tenho que vim vo:ando com ela

1709 pra ↑cá né:

1710 MED: .h [é: o ideal]=

1711 ACO: [°xxx xxxx°]

1712 MED: =seria °vir pra cá:° mas

1713 .h ↑se por acaso (eu dissé) °vocês são

1714 de ↑longe: gente°.

1715 (.)

1716 MED: vocês são da o:nde.

1717 (.)

1718 PAC: ((nome da cidade omitido))

1719 MED: ((nome da cidade omitido)) dá uma: (.)

1720 quanto te:m:po:

1721 (.)

1722 MED: da [qui]

1723 ACO: [cin]co horas.

1724 MED: é: não é tão pe:rto né:.

1725 (.)

1726 MED: .hh ã ↑tem- ã- tem que avaliá: tá:

1727 .h porque: o ↑idea:l talvez >no primeiro<

1728 momento: é ir lá ↑se achá que tivé

1729 condições de vi:r pra cá (.) eu acho que

1730 daí xxx [seria melho:r né:]

1731 PAC: [↑é: que daí ↑é:] eu (vai) procuro::

1732 [o dou]tor=

1733 MED: [sim]

1734 PAC: =rogério ou o [doutor]=

1735 MED: [sim]

1736 PAC: =fabrício

1737 (.)

1738 PAC: que daí [eles me encaminham pra cá]=

1739 MED: [↑a o doutor rogé:rio]

1740 PAC: =daí=

1741 MED: =tá: [isso]o doutor rogé:rio isso .h isso]

1742 ACO: [daí]

1743 PAC: [é o]doutor rogé:rio xxx (me ajeitô)]

1744 MED: de [for possível]=

1745 PAC: [que pegô meu (caso)]

1746 MED: =é que a gente sabe aquela

1747 coisa: [conforme]=

1748 ACO: [mhm:]

1749 MED: =tivé andando é: às

1750 vezes é melhor lá me:smo tá:

1751 (.)

1752 MED: .h porque de repente vai nascê no meio do

1753 cami:nho, ou alguma coisa assi:m

1754 [né:]

1755 ACO: [qual] é os cuidado dela doutor.

1756 (.)

1757 MED: .h é daí ↑te:m- tem esses cuidados mais

1758 (°que >na verdade<) são obsté:tricos né:

1759 que daí seria na consulta mais da

1760 obstetrícia .h mas não [teria u:m-]

1761 ACO: [em ca:sa]

1762 MED: isso- não teria nenhum cuida:do: maior

1763 assim específico tá: é- ↑são os cuidados

1764 de uma grávide:z, (0.8) .h como qualquer

1765 ↑outra tá: [.h mas-]=

1766 ACO: [xxxxxx]

1767 MED: =te:m tem que ver

1768 essa questão ↑se entrá em trabalho

1769 de pa:rto, .h porque- se- tem m-

1770 chance muito de nascê lo:go, é melhor

1771 nascê lá pra não nascê no caminho

1772 ↑também né: que daí é [meio]=

1773 ACO: [mhm]

1774 MED: =complicado né: .h mas se tivé

1775 condições realmente de vi:r pra cá:,

1776 .h seria melhor >porque até por<que:

1777 aqui tem u-t-i- neonata:l, (.) a gente

1778 teria como avaliá melhor o be:bé: .h e

1779 até fazê esse e:xame por exemplo .h que-

1780 que: aqui é um dos poucos hospitais que

1781 disponibi:liza isso °né:°.

1782 ACO: (°tá:°)

1783 MED: .h mas o doutor rogé:rio tem bastante

1784 contato ele era: .h trabalhô a:qui né:

1785 então [tem bastante contato:]

1786 PAC: [é: foi ele que me mandô] p[ra cá]

1787 ACO: [(°é: ele°)]

1788 MED: isso tem bastante contato °a:qui né então:°,

1789 .h {{sorrindo} a gente fica mais tranquilo

1790 daí també:[m né:]

1791 PAC: [é]

1792 (.)

1793 PAC: foi ne:le [que eu:] =

1794 MED: [°é:::°]

1795 PAC: =chequei desesperada

1796 sem sabê pra aonde é que eu °ia°.

1797 MED: é::.

1798 (1.0)

1799 MED: °isto°

1800 (1.0)

1801 PAC: hhhh

1802 (16.9) ((MED anota.))

1803 MED: eu só vou anotá rapidinho a; aqui tá:

1804 daí a gente já vai aí e já marca esse

1805 exame do coração do bebê °tá°

1806 (.)

1807 PAC: (°tá°)

1808 MED: (°até que a gente vê-°) tiverem

1809 alguma dúvida podem ir {{rindo} pergunta:ndo

1810 tá::}

1811 (.)

1812 MED: perguntem tá:

1813 (0.6)

1814 MED: °é:°

1815 (0.6)

1816 ACO: ;é é uma pe:na né doutor °xx°

1817 (.)

1818 MED: .h (.) é:: [infelizmente]

1819 ACO: [(fizemos ta:ndo)] por ela né:

1820 MED: é: vocês vão ve:r infelizmente, (.)

1821 aqui é um local que drena muito

1822 esses casos que são ma- mais delicados,

1823 mais difíceis né: .hh então a gente

1824 acaba ;vendo muito:: >cada ;um< com

1825 a sua gravidade u:ns maior, outros

1826 °men[o:r n]é:°

1827 ACO: [°m::°°]

1828 MED: .h mas eu acho que é importante a gente

1829 tentá entendê melhor °realmente° o que

1830 que tá acontecendo, né: .hhh (.)

1831 como eu fale:i e:ssas coisas °que eu

1832 coloquei pra- que eu coloquei° pra

1833 [vocês]=

1834 ACO: [mhm]

1835 MED: =são (assim) do que a gente viu

1836 ho:je

1837 (0.5)

1838 MED: da ideia que a gente tem né:

1839 (.)

1840 MED: mas eu acho que é importante tentá

1841 fazê esses outros exa;mes .h pra entendê

1842 um ;pouco melhor ainda o que que

1843 tá acontecendo °né:°.

1844 (.)

1845 MED: mas a impressão (.) primeira que

1846 a gente te:m, .h (0.6) é:

1847 infelizmente (0.7) ã- dessa questão

1848 ;mais principalmente do envolvimento

1849 do pulmão, (.) secondá:rio à falta de

1850 líquido pelo problema dos rins,

1851 (0.6)

1852 MED: °né então° .h [e-]

1853 PAC: [e] não tem remédio

1854 °na:da pra isso°.

1855 MED: .h é infelizmente não ;tem u:m- é u::m

1856 a gente fica um pouco de ;mão atada

1857 porque não tem realmente um

1858 [tratamento né .h]=

1859 ACO: [°°xxxxxx xxxxx x°]

1860 MED: =porque como:: o ri:m

1861 (.) tem um pro;ble:ma né: tem xxxxxx

1862 não se desenvolveu como deve;ria .hh

1863 isso acaba levando a essa falta de líquido

1864 né .h que acaba consequentemente levando

1865 .h a essa falta de desenvolvimento

1866 dos pulmões né e isso que: .h preocupa

1867 mais a gente também °né°.

1868 (.)

1869 MED: °né° .h pela: >pela< questã:o (.)

1870 depois do nascimento né: .hh que o bebê

1871 infelizmente (0.7) ;pode ter

1872 uma dificuldade muito importante

1873 °pra questão respiratória [né pra:°]

1874 ACO: [°mhm°]

1875 (.)

1876 MED: pra respirá °né então:°.

1877 (0.6)

1878 MED: infelizmente .h isso é uma coisa que pode

1879 tá as- (1.4) >pelo menos< pelo o que

1880 o que a gente tá ve:ndo, no qua:dro né:

1881 .h tá associado ao qua:dro né:.

1882 (0.5)

1883 MED: então:o

1884 (1.0)

1885 MED: mas vamo tentá fazê esses outros exames

1886 também pra gente .hh

1887 ACO: °vamo°=

1888 MED: =entendê um ;pouco melhor

1889 o que que tá acontecendo né:.

1890 (.)

1891 MED: essa é a visão que a gente tem ho:je °né°.

1892 (0.6)

1893 MED: °tá::°

1894 (.)

1895 ACO: agora tá cla[:ro]=

1896 MED: [°é°]

1897 ACO: =agora já::

1898 MED: °ã[rrã°]

1899 ACO: [enten]deu ;bem PAC ((olhando para PAC))

1900 (0.4)

1901 MED: é importante perguntá: tá: °nã:o°

1902 não ;fiquem {{rindo} com vergonha tá}

1903	PAC:	[°não°]	1954	dois rins, .hh (.) é:: °é que° pra
1904	ACO:	[°não] já (enten[demo°])	1955	um <ri:m só:> a gente até consegue::
1905	MED:	[°é::°] isso=	1956	sobrevivê:, .h consegue produzir urina,
1906	ACO:	=>pelo menos<	1957	e: (.) né: .h e ter o líquido né:
1907		o senhor foi a fundo (no) bebê agora	1958	(.)
1908		>a gente já< n[é: já]=	1959	MED: .h mas quando existe o acometimento
1909	MED:	[si:m]	1960	o envolvimento dos ↑do:is ↑rins
1910	ACO:	=tá:: (.) [(deu)]	1961	.h isso- (.) leva a gravidade ao
1911	MED:	[isso] .h e	1962	quadro porque daí como não produz
1912		conforme [a gente for conver]sando=	1963	líquido né: .h (0.8) fa:z com que
1913	ACO:	[eu já entendi tudo.]	1964	esse- o bebê se desenvolva: (0.4)
1914	MED:	=°e tudo°	1965	comprimido né (e) que consequentemente
1915		(.)	1966	.h leve: a esses problemas
1916	MED:	né: >é important-< a gente vai tentá	1967	pulmoraes °né°.
1917		ir colocando sempre: .h o que que tá	1968	(0.4)
1918		acontece:ndo, o que que tá sendo	1969	ACO: então dou[tor]
1919		visto né::	1970	MED: [°tá°]
1920		(.)	1971	(.)
1921	MED:	.h e da mesma forma as [dúvida]s	1972	MED: arrã
1922	ACO:	[°mhm°]	1973	(0.7)
1923	MED:	de vocês é importante perguntá: tá:,	1974	ACO: >fazê mais uma< pergunta da[í: e::u]
1924		(0.5)	1975	MED: [pode](.) °não°
1925	MED:	até >porque é aquela coisa< quando mais	1976	ACO: tá então >assim se a gente< querê fazê
1926		a gente ente:de, .h o que tá acontecendo	1977	o exovalzi:nho, do nenê [isso aí tu]do=
1927		melhor a gente pode tentá ver o que-	1978	MED: [.hhhh]
1928		.h >o que que< a gente poderia fazê: né	1979	ACO: = é::
1929		de: .h pra tentá contorná: ou melhorá	1980	MED: é: [infelizmente-]
1930		a °situação né:°.	1981	ACO: [descartado então?]
1931		(10.6) ((MED anota.))	1982	(0.4)
1932	ACO:	e nem fazendo cirurgia nos rim dele	1983	MED: é: infelizmente >pelo menos-< pelo o que
1933		(da: dela) não adianta dou tor	1984	a gente tá vendo ho:je .h (.) ã:
1934	MED:	não adianta >porque< como a gente não	1985	leva a gente a crer que realmente se-
1935		<como operá ago ra> né: na gravidez,	1986	seja um quadro (.) bastante grave
1936		e não teria como fazê um transplante	1987	né: e que- (.) muito provavelmente
1937		(.) dura:nte ainda porque os rins tão	1988	(.) .h [que vá:]
1938		se desencolve:ndo, [né:]	1989	ACO: [°o nenê] não sobrevive°.
1939	ACO:	[°m:°]	1990	MED: °não sobrevive°.
1940	MED:	.hh então o que: que acontece	1991	(.) ((A ACO deixa os braços cair
1941	ACO:	>não teria que ver esse< [ci:]sto,	1992	como se fosse desmair.))
1942	MED:	[é-]	1993	ACO: hh
1943		(0.7)	1994	MED: infelizmente °tá°
1944	MED:	é na verdade- (.) a gente tenta entendê	1995	(.)
1945		qual é a origem dele né: e- existem	1996	MED: .h mas como eu fa lei a gente tá
1946		até: >não se sabe< muito bem a	1997	tentando entendê melhor o que que
1947		ca:usa né: .h mas (.) existem esses	1998	tá acontecendo °tá:°
1948		ca:sos a gravidade que tem .hh	1999	(.)
1949		é que quando existe esses cistos nos	2000	MED: .h mas- a impressão que a gente tem
1950		ri:ns .h o rim pode daí não	2001	hoje °pelo o que a gente° vê hoje
1951		funcioná	2002	no bebê, .hhh a: e pelo o que a gente
1952		(0.4)	2003	sabe dos bebê:s °que° quando a gente
1953	MED:	.h e se existe um envolvimento dos	2004	vê: esse quadro, .h é que duma forma

2005	geral os bebês evoluem assim tá:.	2010	ACO:	[°sim eu entendi°.]
2006	(0.6)	2011	MED:	.h eles têm uma dificuldade grande
2007	MED: .h (.) muitos <u>chegam</u> ao nascimento mas-	2012		em respirá °né°.
2008	a dificuldade que tem é [que depois	2013	ACO:	°imjhm°
2009	do nascime]nto	2014		(0.4)

ANEXO C – EXCERTO 14 (SEQUÊNCIA ANALISADA COMPLETA)

Excerto 14: HMF_ACONGEN_caroline_JEFERSON_08_04_14

767 MED: =porque |dependendo do resultado do exa:me, 812 também, ã: (.) .hh que: (.) .h |mesmo
768 .hh a gente faz um- um novo cálculo assim °em cima 813 indepen|dente do resultado do exa:me, .hhh (.)
769 com os- com os resulta:dos° .hh e |junto 814 ã:: (.) va:i havê indicação de fazê um |outro
770 disse o que que acontece .hh ã:: |tem um 815 exame
771 fator da questão da ida:de 816 (0.6)
772 (.) 817 MED: tá,
773 MED: não sei se foi falado alguma coisa pra 818 (.)
774 senhora. 819 MED: .h porque o que que acontece (.) em gesta|ções (.)
775 PAC: °alguma coisa°.= 820 de- ã: casais mais jo:vens .hh ã: esse exame
776 MED: =alguma coisa. 821 é importante porque ele a|juda avaliá a questão
777 (.) 822 se |pode ter um ri:sco .h maior ou não
778 MED: .h porque .h esse exame é |muito importante 823 (.)
779 tá:, .hh porque como a senhora comenstô ((Ele fala 824 MED: .hh (.) |como no caso de >vocês dois< >>vocês<< já
780 "comenstô" mesmo.)) (.) é um ras|treio pra ver 825 têm uma idade mais avançada, .hhh ã:: por si só:
781 <si|nais> (0.4) .h que indiquem talvez que o 826 independente do que o exame |mostra: .h <ele já
782 bebê possa ter alguma coisa a mais, .hh como 827 indica uma |cha:nce> maior >como eu falei<
783 uma alteração dos cromossomos. 828 de- tá acontecendo alguma coisa diferente com
784 (.) 829 o bebê
785 MED: .h e no ca:so da senho:ra .hh seria bem importante 830 PAC: mhm
786 .h (.) porque o que: que acontece .hh a gente 831 MED: não quer dizê que vá acontecê:
787 sabe em casais que tem- uma ida:de mais avançada 832 PAC: sim
788 >|principalmente-< depois dos trinta e cinco 833 MED: a |chance maior na verdade disparada é que teja
789 a:nos .h a <cha:nce> dessas alterações 834 tudo |bem
790 cromossô°micas° .h acontecerem é maior, 835 PAC: s[im.]
791 (0.4) 836 MED: [tá:,] .h mas é- essa chance de |ter uma alteração
792 MED: .h então por isso que o exame é |muito 837 ela é maior que usualmente outros casais .hh
793 importante tá: 838 ma[is jo:ve]ns
794 PAC: °mhm° 839 PAC: [°mais novos°°]
795 MED: pra gente: .h tentá fazê um ras|treio (1.1) 840 MED: exatamente
796 ((Engole a saliva.)) pra ver se o bebê <|pode> ter 841 (.)
797 algum sinal que indique que talvez .h po:ssa 842 MED: .hhhh (.) en|tão (.) vai ser importante da gente (.)
798 ter alguma coisa a mais 843 podê conversá depois do exame, (.) ã: do
799 (.) 844 ultrassom (.) e: a gente vai deixá até uma
800 PAC: °m[hm°] 845 data marcada .hh pra ti vir conversá
801 MED: [co]mo uma alteração dos cromossomos. 846 novamente co|migo
802 (.) 847 PAC: mhm
803 MED: .h a |mais comum que a gente conhece é a síndrome 848 MED: .h (0.4) e- em relação a um |outro exame
804 de down 849 (.)
805 (.) 850 MED: tá::,
806 MED: que é com o cromossomo de número vinte e u:m né 851 (.)
807 PAC: mhm 852 MED: que é um exame do |líquido
808 MED: .h então vai ser bem importante pra gente 853 (0.4)
809 ter esse parâmetro tam|bém tá: 854 MED: não sei se a senhora já ouviu falá:
810 (.) 855 (0.5)
811 MED: .hhhh (.) o que |vai acontecê: (.) ã (.) 856 MED: .h que a: a gente avalia (.) o |líquido (.)

857 é junto- que tá junto do bebê, .h pra avaliá
858 a genética do bebê
859 (0.4)
860 MED: e mais especificamente a questão dos cromossomos
861 do bebê
862 (1.1)
863 MED: °tá:°
864 PAC: {{voz aspirada} tá:} esse líquido: (.) é
865 feito uma punção
866 MED: exatamente.
867 (.)
868 MED: é o exame da punção
869 (0.4)
870 MED: i:sso a senhora já ouviu falá de:[le]
871 PAC: [a-] (.) mulher
872 tava me falando=
873 MED: =é::,
874 (.)
875 MED: >que que-< que que a senhora entendeu
876 (0.8)
877 MED: é:
878 (0.5)
879 PAC: eu entendi que ela fez::z [°porqu]e:°=
880 MED: [ãrrã]
881 PAC: =pra diagnosticá
882 bem certo se [é:]
883 MED: [exa]tamente.=
884 PAC: =o que tinha o que não
885 tinha
886 MED: exatamen[te.]
887 PAC: [e] ela fez i:sso porque deu alteração
888 se não tivesse dado ela não ia fazê
889 (0.8)
890 MED: é na verdade: .hh (.) é: por isso que: até °o
891 que que° vai acontecê: .hh (.) ã: eu vou espe-
892 a gente vai esperá: vim primeiro o morfológico,
893 PAC: m::,
894 MED: pra ti ter mais subsí- ã:: desculpe o- o: o
895 ras;treio [isso que tu vai fazê]=
896 PAC: [°mhm cromossomos°]
897 MED: =.h i:sso pra
898 cromossomos .h pra ti ter uma opção tipo:
899 pra ti ter mais subsídios pra ti podê
900 decidir melho:r.
901 PAC: †a: sim
902 MED: tá:
903 PAC: (°isso°)
904 MED: .h é- é que- que que acontece eu já te adianto
905 que pe:la <ida:de> que vocês †tão .hh †já haveria
906 indicação da gente oferecê e:sse exame pra
907 vocês .h independente do resultado do exame
908 que vai vim
909 PAC: °m::[:::°]
910 MED: [tá, (.) po]rque o que acontece .h é que o
911 exame ele: ele po:de alterá o ri::sco (.)
912 só que pela ida:de °que vocês° já es;tão .h (.)
913 .h e- ele não vai ser suficiente pra alterá
914 i:sso
915 (.)
916 MED: .h só que ele vai dá subsídios pra tu- podê
917 decidir melho:r em fazê ou não fazê:
918 (.)
919 MED: .hh porque o que que aconte;ce
920 (.)
921 MED: .h se tu- vocês fazem esse exa:me .hh e o
922 exame dá normal, .h a †chance de ter alguma
923 alteração ela é meno:r
924 (0.6)
925 PAC: [mhm,]
926 MED: [só] que ela exi:ste ai:nda e ela é significati:va
927 .h em relaça:õ (.) a casais mais jovens
928 PAC: °sim°
929 MED: .hh †se (.) tu f- vocês fazem o exa:me e
930 dá alguma alteração (.) .h esse
931 risco aume:nta, (0.4) .h e: (0.6) talvez sugere
932 que existe uma chance daí maio:r, (.) .h de
933 que o bebê possa realmente ter alguma
934 coisa
935 (0.4)
936 MED: tá,
937 PAC: sim.
938 MED: >então na verdade< ele: (.) a†juda na verdade é na:
939 na questão da es;co:lha
940 PAC: °sim°
941 MED: de fazê ou não fazê:
942 (.)
943 MED: .h é que esse exame a gente indica e ofere:ce
944 (.) .h mas a <escolha de fazê,>
945 PAC: mhm=
946 MED: =é: do casal
947 PAC: >†a tá<
948 MED: i:sso
949 (.)
950 MED: por que que a gente faz i:sso tá, .h porque: (.)
951 é um e†xame (.) apesar de ser †simple:s
952 PAC: >°mhm°<
953 MED: é um exame que tem um certo ri:sco
954 (0.6)
955 MED: tá:,
956 (.)
957 MED: .h é um risco pe;queno: que-(.) mas que existiri:a
958 (.)

959 MED: tá: 1010 de fazê [né]
 960 PAC: °(qual) o risco° 1011 PAC: [°°tá:°°]
 961 MED: i:sso, o que que acontece como é feito uma punção, 1012 MED: .hhh (.) ↑qual o risco °q-° (0.7) por que que
 962 (.) na verdade .h então é feito- a agulha ↑entra 1013 haveria ri:isco .hhh (.) é que ↑tem descrito em
 963 (0.4) vai no local aonde tem só o líquido, °né° 1014 alguns locais, isso felizmente nunca
 964 pra pegá o líquido, .h (.) .h °e ti:ra né:° 1015 aconteceu cono:scio tá: .h mas tem descrito em
 965 (.) 1016 alguns locais .h que <poderia acontecê> (.)
 966 MED: .h (.) é um exame: (.) que dura poucos minutos, 1017 eventualme:nte (.) .h >é porque é feita< a
 967 é rápido, é fácil de fazê:, .hh tá:, é um 1018 punção (.) .h ↑quando é feita a punção a
 968 procedimento simples 1019 agulha <pa:ssa> pela membra:na a ↑bolsa que
 969 (0.4) 1020 tá envolta do bebê:=
 970 MED: .hhh >só-< (.) >por que que- que-< (.) porque 1021 PAC: =°s::im°
 971 primeiro então a gente pega o líquido 1022 MED: ↑quando ele faz ↑i:sso .h (0.4) o organismo da
 972 (.) 1023 mãe eventualme:nte pode entendê que a bolsa rompeu.
 973 MED: .h porque o líquido na verdade ↑boa parte de:le 1024 (.)
 974 quem fo:rma é o xixi do be:ibê 1025 PAC: a:=
 975 (.) 1026 MED: =e entrá em trabalho de °pa:rto e o bebê nascê
 976 PAC: °m::° 1027 prematuro°
 977 MED: .hh (.) e nesse líquido °a-° o corpo da 1028 (0.4)
 978 gente >eu não sei se< a senhora lembra da 1029 MED: e:sse na verdade é o risco.
 979 biologi:a .h é formado de várias <células> 1030 (0.9)
 980 PAC: s::im, 1031 PAC: [.hhhh hhhhhh]
 981 MED: °né:° .h essas células °da mesma forma° vão 1032 MED: [tá: tu pode perguntá [tá] mas de dá um nú:mero:
 982 se sol:itando no líquido. 1033 (.) pra mim- tipo- entendê o ↑quanto é esse
 983 (.) 1034 eve:ntualme:nte
 984 MED: normalmente 1035 PAC: >°mhm°<
 985 (.) 1036 MED: .h se calcula que a cada du:zentas vezes que
 986 MED: .hh quando a gente pega esse líquido a gente 1037 se faz o exa:me, (.) u:ma poderia acontecê.
 987 tá pegando as células do [be:ibê] 1038 (0.5)
 988 PAC: [°junto] mhm° 1039 MED: [tá:,]
 989 MED: .h e pegando as células do bebê tem a genética 1040 PAC: [°m::°]
 990 do bebê daquelas dos cromossomos 1041 MED: >então< só pra ter uma ide:ia .h do ↑quanto isso
 991 (.) 1042 é freque:nte né=
 992 MED: .hh é quase como se tivesse fazendo exame de 1043 PAC: =s::im=
 993 sa:ngue do bebê 1044 MED: =aqui nunca aconteceu
 994 (.) 1045 tá: mas como: (.) já tá descrito em outros locais
 995 PAC: ↑m:: 1046 que poderi:a (.) .h eventualmente acontecê,
 996 MED: é um exame indireto 1047 .h a gente tem que colocá també:m .h tipo:
 997 PAC: mhm 1048 os <pró:s e os [↑contras>]
 998 MED: tá:, .h que a gente consegue ver a genética do 1049 PAC: [°e os cont]ras [mhm°]
 999 bebê, (.) mais especificamente (.) os 1050 MED: [exa]tamente do ↑que
 1000 cromossomos 1051 fazê .hhhh (.) é que como a: a: a tua amiga-
 1001 PAC: °(tá) certo° 1052 a tua colega te colocô, .hh ã:: tipo:: .h é que
 1002 MED: .h que no caso de você:s .h é talvez o que tem 1053 pra ver essas alterações dos cromosso:mos a gente
 1003 mais (.) relevâ:ncia também, (0.4) porque (.) 1054 consegue ve:r somente através desse exa:me.
 1004 o ti:po de alteração que tem associação mais 1055 PAC: s:im
 1005 °com a ida:de°.h são alterações dos 1056 MED: a gente ↑não tem como: (.) ↑só pelo ultrasso:m,
 1006 cromossomos 1057 por exemplo, .h ou fazendo esses outros exames
 1007 PAC: °mhm° 1058 de ima:gem .h determiná: i:sso
 1008 (0.6) 1059 (.)
 1009 MED: .h entã:o .h é um exame que teri:a essa indicação 1060 PAC: [°m°]

1061	MED:	[po]rque às vezes existem (.) .h bebês que podem	1112	também (.) .h da gente sabê: (.) tipo .h (.)
1062		por exemplo: .h ter uma- uma ecografia normal	1113	com o ↑que a gente tá lidando
1063		(0.6) aparentemente normal, e ter alguma coisa-	1114	(0.4)
1064		por não ter um achado (.) maior que chame	1115	PAC: [°sim°]
1065		°a atenção°.	1116	MED: [né:] tipo: .h e pra sabê que ↑coisas que a
1066		(.)	1117	gente pode fazê, pra tentá ajudá o bebê °né°
1067	PAC:	°mhm:°=	1118	PAC: si:m.
1068	MED:	=né: .h e daí a gente >de repente< ter uma	1119	MED: tá:,
1069		surpresa quando o bebê nascê	1120	PAC: °tá:°
1070	PAC:	°tá:°	1121	MED: seria mais nesse sentido
1071		(.)	1122	(.)
1072	MED:	°tá:° .h >então< .h o que acontece se a gente	1123	MED: .hhh [eu tô ã:-]
1073		faz o rastreio .hh e >°de repente< faz a	1124	PAC: [(com qua-)]
1074		morfológica depois e dá normal, .hhh a <↑CHance	1125	MED: ↑não pode- [↑não pode falá]=
1075		de ter> alguma alteração é- é ↑mínima	1126	PAC: [desculpa]
1076		(0.4)	1127	MED: =PAC des[culpe]
1077	PAC:	°s[im°]	1128	PAC: [não] com
1078	MED:	[ma]s ela <u>exi:ste</u>	1129	quantas semanas eu posso fazê [i:sso]
1079	PAC:	°sim°=	1130	MED: [↑i:ss]o boa
1080	MED:	=porque às vezes pode não ↑ter uma chado maior	1131	pergunta tá .h a gente faz a partir de
1081		(.)	1132	dezesse:is sema:nas
1082	PAC:	°mhm°	1133	(0.7)
1083	MED:	.h e esse exame já ajudaria a tentá: (0.7) tipo:	1134	PAC: °mhm°
1084		(.) e- ele é importante nos ↑dois senti:idos	1135	MED: tá: então .h teria tempo pra pen:sá:
1085		(.)	1136	PAC: si:m
1086	MED:	<u>se ele vem normal, (.) a gente já se</u>	1137	MED: tá:, >tu poderia conversá com o teu marido<
1087		tranquiliza o:pa (.) excluiu alterações que	1138	PAC: °mhm°
1088		a gente se preocuparia m[a:is]	1139	MED: .h até se tu quiseses daria pra: .h combiná
1089	PAC:	[<si:m>]	1140	um dia pra ele ↑vir pra conversá ↑ju:nto
1090	MED:	pela situação que a gente tá vendo de você:s	1141	comi:go né:=
1091	PAC:	°mhm:°=	1142	PAC: =mhm
1092	MED:	=se ele vem alterado ↑opa: tem outros	1143	MED: .h pra gente conversá nós três ↑ju:ntos ↑né: .hh
1093		cuidados que a gente tem que [ter com o bebê:]	1144	e seria interessante até se fosse <de:pois
1094	PAC:	[°investigá:]	1145	do primeiro ultrassom>
1095	MED:	exatamente pra: (.) tipo ter certeza do ↑que	1146	(.)
1096		que exatamente que o bebê te:m de ↑outras	1147	MED: desse do primeiro trime:stre
1097		(.) alterações	1148	(.)
1098	PAC:	sim	1149	MED: .hh pra gente ter mais subsídios (.) pra sabê se
1099	MED:	.h porque dependendo: ↑ba: dependendo das condições	1150	esse risco pode ser <ma:ior> (.) ou pode ser °me:ior
1100		.h se viu por- >por exemplo< a gente faz essa	1151	ou ↑não°
1101		avaliação complementa:r .h e vê: que o bebê	1152	(0.8)
1102		tem >por exemplo< .h uma alteração no coração	1153	PAC: [°tá:°]
1103		importante .h ↑ba vai nascê no local, (.) .h que	1154	MED: [°tá:°,]
1104		tem melhor condições: (.)	1155	(.)
1105	PAC:	mhm	1156	MED: .h >então< .h a ideia na verdade o que que a
1106	MED:	de rece[be] o bebê	1157	a gente vai fazê ago:ra .h eu tentei adiantá
1107	PAC:	[s:i:m,] °sim°.	1158	algumas coisas pra ti:, .h pra gente já
1108	MED:	.h então ele serve de <u>planejamento</u> pro nascimento	1159	podê ir conversa:ndo [°né:]
1109		do bebê	1160	PAC: [°mhm°]
1110	PAC:	mhm	1161	MED: .h mas a gente pode marcá uma consulta de:pois
1111	MED:	°tá então° .h por isso que a importância	1162	da: do ultrassom do rastreio:, .h pra gente

1163 conversã >de repente de preferência também< se 1745 PAC: mas por e:u estar ne::sse: nessa: ala ¡né

1164 ele pu¡dê vir ¡juntamente né: 1746 MED: °ãrrã°

1165 PAC: >°mhm°< 1747 (1.2)

1166 MED: .hh pra podê colocã em ci:ma do que vai ser vi:sto, 1748 PAC: i:sso significa mais:: (0.8) pela i¡idade

1167 .h se essa chance é <meno:r, (.) °ou maior°> 1749 (.)

1168 (.) 1750 PAC: a¡gora pra comeiçã

1169 MED: .h mas o que que eu já te adia:nto .hh é 1751 (.)

1170 que <pela idade em que vocês es:tã .h 1752 MED: é:. exatamente é pela questão da faixa

1171 já: haveria> u:m- (.) uma indicaçã:o .hh de 1753 etãria ¡tã:

1172 fazê o exa:me 1754 PAC: °a tã°

1173 (0.4) 1755 MED: é: porque na verdade: (.) a gente sabe que

1174 PAC: °tã° 1756 em ca:sos: (.) de casais como eu >te falei <

1175 MED: independente do exame vindo normal. 1757 que ¡tem [uma i¡idade=

1176 PAC: °mhm° 1758 PAC: [sim]

1177 (.) 1759 MED: =mais esse risco vai

1178 MED: tã: .h e isso- (.) >na verdade< só pra adiantã 1760 aumen¡tando n[é]

1179 pra [já i-]= 1761 PAC: [°tã°]

1180 PAC: [¡°sim°] 1762 MED: .h >na verdade como eu te falei< a ¡chance

1181 MED: =pra já ir pensa:ndo tã: 1763 (0.9) tipo até mais de noventa porce:nto

1182 PAC: °mhm° 1764 é que teja vá tudo ¡bem tã:

1183 MED: mas (.) como eu te falei tendo o exame, o resulta:do 1765 PAC: m:

1184 .h ele <pode: tipo:> te aju¡dá: (.) a pensã 1766 MED: .h mas >na verdade< ¡como:- essa chance de

1185 se tipo: (.) ba e se- essa cha:nce >de repente< a 1767 acontecê algum ¡tipo de alteraçã .hhh ela é::

1186 indicaçã é maio:r, .h o:u ela é um pouco meno:r 1768 (.) maio:r que (0.4) mulheres (.) casais mais

1187 .h em função do que vai ser visto. 1769 ¡jovens [né:]

1188 PAC: °tã:° 1770 PAC: [(a) sim]

1189 (.) 1771 MED: né então a gente (.) tipo:: (.) é aquela

1190 MED: °tã:°? 1772 coisa a gente tem que ter um cui:dado

1191 (0.5) 1773 maio:r

1192 PAC: °°mhm°°° 1774 (.)

1193 (.) 1775 MED: assim tem que olhá com mais cuida:do °né [entã°°]

1194 MED: >al-< por enquanto tu tem alguma <dú:vida:,> 1776 PAC: [tã]

1195 (.) 1777 MED: °pra não-° evitã de- >a gente até fica mais

1196 PAC: [°nã:o°] 1778 tran¡quilo né:<

1197 MED: <[queres] perguntã:,> 1779 PAC: °tã°

1198 (1.8) 1780 MED: nesse [sentido né:]

1199 PAC: {(voz aspirada) nã:o hh} [só]= 1781 PAC: [nã:o mas eu] vou fazê tudo o que

1200 MED: [tã] 1782 vocês me pedirem ¡bem certinho=

1201 PAC: =em relação 1783 MED: =tã: {(rindo) não não

1202 então ao dia vinte e [oito]= 1784 legal} ((Carimba.))

1203 MED: [ãrrã] 1785 PAC: REligiosamente diz [o outro.]

1204 PAC: =eu ve:nho, e fa:ço 1786 MED: [hahahaha]

1205 [tudo que me] pedirem=

1206 MED: [i::sso] =exatame:nte .h e agora

1207 daí a gente já deixa PAC marca:¡do

1208 PAC: °m:°=

1209 MED: =uma consulta comigo pra de:pois do dia

1210 vinte e oito
(linhas omitidas)

1742 PAC: HHHHH {{sussura} <a:i a:i senhor>}

1743 (10.2) ((A gestante guarda os documentos

1744 em sua pasta e o médico anota.))