

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

DANIELA NEGRAES PINHEIRO ANDRADE

**RECOMENDAÇÕES E PRESCRIÇÕES PARA CUIDADOS DE SAÚDE
NO PÓS-ALTA: a investigação de um programa educativo a pacientes cardiopatas
sob uma perspectiva interacional**

São Leopoldo

2016

Daniela Negraes Pinheiro Andrade

**RECOMENDAÇÕES E PRESCRIÇÕES PARA CUIDADOS DE SAÚDE
NO PÓS-ALTA: a investigação de um programa educativo a pacientes cardiopatas
sob uma perspectiva interacional**

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Doutora 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

2016

A553r Andrade, Daniela Negraes Pinheiro
Recomendações e prescrições para cuidados de saúde no pós-alta : a investigação de um programa educativo a pacientes cardiopatas sob uma perspectiva interacional / por Daniela Negraes Pinheiro Andrade. – 2016.
253 f.: il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, São Leopoldo, RS, 2016.

“Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann .”

1. Fala-em-interação. 2. Comunicação médico-paciente cardiopata. 3. Fala ajustada. 4. Particularização. 5. Domínio epistêmico. 6. Domínio deontico. 7. Sistemas de Comunicação no Hospital. I. Título.

CDU: 801:61

Daniela Negraes Pinheiro Andrade

**RECOMENDAÇÕES E PRESCRIÇÕES PARA CUIDADOS DE SAÚDE
NO PÓS-ALTA: a investigação de um programa educativo a pacientes cardiopatas
sob uma perspectiva interacional**

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

Aprovado em (dia) (mês) 2016.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cristiane Schnack – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Prof. Dr. José Ricardo de C. M. Ayres – Universidade de São Paulo

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Prof. Dr. José Roberto Goldim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Profa. Dra. M. do Carmo L. de Oliveira – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Prof. Dra. Ana Cristina Ostermann – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

AGRADECIMENTOS

À FAPERGS e à CAPES, que possibilitaram a realização do Doutorado.

Ao Programa de Pós Graduação em Linguística Aplicada, representado pela coordenadora do curso, Profa. Dra. Rove Chischman.

À Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann, pela primorosa orientação, pelos *insights* e conhecimentos compartilhados, pelo estímulo ao meu constante aprimoramento e pelos ensinamentos para além do mundo acadêmico.

À Banca de Qualificação, composta pelas Profas. Dras. Cristiane Maria Schnack, Maria do Carmo Leite de Oliveira e Ana Cristina Ostermann e pelo Prof. Dr. José Roberto Goldim, pelas valiosas contribuições para o desenvolvimento desta Tese.

À CAPES, que tornou o Doutorado Sanduíche uma realidade.

Ao grupo de pesquisa Fala-Em-interação (FEI), pelo generoso compartilhamento de conhecimentos, pela disponibilidade para as (re)leituras, pelas inestimáveis contribuições para a construção da tese e pelos momentos de divertimento regados à comilança.

Ao Prof. Dr. John Heritage, por ter aceitado co-orientar esta tese e pela generosa acolhida em seu grupo de pesquisa na Universidade da Califórnia – Los Angeles.

Ao meu marido, André Luis A. de Andrade, pelo apoio incondicional.

Ao meu filho, Paulo André, que me ensinou que as verdades não são absolutas.

À amiga Patricia Vitola e ao amigo Dênis Pereira da Cruz, pelo companheirismo e por tornarem esses quatro anos mais alegres.

À instituição pesquisada, pelo convite para a realização da pesquisa e por ter aberto suas portas sem restrições ao desenvolvimento do trabalho.

Aos/às profissionais da equipe Maxcárdio e aos/às pacientes que participaram da pesquisa, pela generosidade de permitirem a gravação de suas conversas.

Oleiro quando posso
Algumas vezes a poesia me vem seca
e não pode ser quebrada.
Outras vezes vem barro e
eu me torno o oleiro que sou.

Ville (2016).

RESUMO

Esta tese resultou da investigação sobre o programa educacional para boas práticas de saúde que um hospital da rede privada localizado no sul do Brasil, nomeado na tese como Maxcárdio, realiza com portadores/as de Síndrome Coronariana Aguda e Insuficiência Cardíaca Congestiva. Adotou-se o aparato teórico – metodológico da Análise da Conversa (SACKS, 1992; SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974) para analisar 25 interações ocorridas entre pacientes e profissionais médicos/as e não médicos/as – enfermeiros/as, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos/as – integrantes da equipe multidisciplinar responsável pelas orientações aos/às pacientes. As interações foram gravadas em áudio e em vídeo e transcritas segundo Jefferson (1974). Os objetivos da tese foram: (a) verificar como os/as profissionais de saúde responsáveis pela efetuação do programa educacional recomendam ou prescrevem boas práticas de saúde no turno a turno de modo a discutir quais maneiras de falar mostram-se mais (potencialmente) particularizadas ou generalizadas em relação às necessidades demonstradas (ou não) pelos/as pacientes na interação e, a partir dessa discussão, apontar tendências de (não) adesão aos autocuidados recomendados ou prescritos por parte dos/as pacientes; (b) apresentar um percurso empírico representativo do programa educacional concernente à maneira como os/as participantes negociam, no turno a turno, direitos e obrigações de saber (domínio epistêmico) e de dizer (domínio deôntico) (HERITAGE, 2012; STEVANOVIC, 2011) o que (não) pode e/ou (não) dever ser feito em termos de boas práticas de saúde e, assim, discutir as implicações interacionais e práticas relacionadas às negociações entre os/as participantes em torno de direitos e obrigações de recomendar ou prescrever boas práticas de saúde; (c) discutir os modos de organização de prestação de serviço de orientação para boas práticas de saúde à luz do princípio da integralidade (BRASIL, 1998; MATTOS, 2005a). No que toca às maneiras de falar dos/as profissionais verificou-se que a particularização tende a ocorrer quando os/as profissionais instauram cursos de ação de modo a: (a) (tentar) remover empecilhos ao aceite do/a paciente à recomendação em favor de alguma boa prática de saúde; (b) desviar da ação de prover informações contidas nos manuais de boas práticas de saúde dos programas e demonstrar conhecimento sobre aspectos peculiares ao estado de saúde do/a enfermo/a; (c) justificar a indicação para a adoção de certa medida de cuidado de saúde. No que se refere à maneira como profissionais e pacientes negociam domínios epistêmicos e deônticos, observou-se que: (a) os/as profissionais não médicos/as colocam-se na posição de alguém com direitos e obrigações de saber e de dizer como pacientes devem controlar seu quadro de saúde; (b) os/as

pacientes não ratificam os direitos e obrigações desses/as especialistas não médicos/as de saberem e poderem dizer-lhes como proceder no pós-alta; (c) os/as profissionais médicos/as abordam boas práticas de saúde em turnos de fala em formato de lista, o que conflita com a expectativa dos/as pacientes de discutir tais tópicos de maneira pormenorizada. Por fim, apurou-se que o modo de organização de prestação de serviço de orientação a pacientes que participam do programa Maxcárdio aproxima-se de ações assistenciais integrais (AYRES, 2004) à medida que os/as profissionais produzem falas capazes de estabelecer uma sequência de demonstração de necessidade de orientação a partir de solicitações de informações sobre se e como o/a paciente cuida de sua saúde. A contribuição teórica desta tese traduz-se na proposta de inclusão do aspecto *modo de organização sequencial de tópico* na descrição do princípio de fala ajustada (SACKS, 1992; SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974). O modo como as sequências de tópicos são organizadas na interação mostra-se relevante para o grau de particularização que as falas dos/as interlocutores podem alcançar na conversa. Em termos aplicados, visto que ofertar recomendações ou prescrições ajustadas às necessidades dos/as pacientes interlocutores/as locais implicar saber *se e como* os/as doentes controlam seu estado de saúde, sugere-se que se parta da ação de solicitar informações acerca das experiências de sucesso e das dificuldades que os/as pacientes encontram para cuidar da saúde para, então, ter material interacional para orientá-los/as de forma particularizada.

Palavras-chave: Fala-em-interação. Comunicação médico/a-paciente cardiopata. Fala ajustada. Particularização. Domínios epistêmico e deontico.

ABSTRACT

This dissertation resulted from the investigation of educational programs into good health practices that a private hospital located in the South of Brazil accomplishes with Acute Coronary Syndrome and Congestive Heart Failure patients. Conversation Analysis theoretical and methodological approach (SACKS, 1992; SACKS, SCHEGLOFF, JEFFERSON, 1974) has been adopted to analyze 25 interactions occurred between patients and medical doctors or other health providers – nurses, nutritionists, physiotherapists and psychologists – members of the multidisciplinary team responsible for the patients' orientation. Interactions were audio and video recorded and transcribed according to Jefferson (1984). The present dissertation aimed to: (a) verify how the health professional responsible for accomplishing the educational program recommend or prescribe good health practices in the turn by turn of the interaction so as to discuss which ways of talking appear to be more (potentially) particularized or generalized in relation to patients' (not) displayed needs in the interaction and, from such discussion, to point out tendencies of (non) adherence to good practices recommended or prescribed by patients; (b) present an empirical trajectory representative of the educational program concerning the ways participants negotiate, in the interaction turn-by-turn, rights and obligation of knowing (epistemic domain) and saying (deontic domain) (HERITAGE, 2012; STEVANOVIC, 2011) what can (not) and/or must (not) be done in terms of good health practices so as to discuss the interaction and practical implication related to the negotiation around rights and obligations of recommending or prescribing good health practices; (c) discuss the ways of organizing provision of orientation to good health practices in the light of principle of integrality (BRASIL, 1998; MATTOS, 2005a). Regarding more or less particularized ways of talking concerning patients' orientation needs, it has been verified that the professional members' talk appear to be more particularized in situations in which they implement courses of action in such a way as to: (a) (try to) remove obstacles so that patients may accept professional members' recommendations in favor of good health practices; (b) deviate from the action of providing information included in the manuals of good health practices of the programs and display knowledge regarding patients' peculiar health conditions; (c) justify the indication of certain good health practice. In relation of the ways professional members and patients negotiate epistemic and deontic domains, it has been observed that: (a) non-medical members assume the position of someone who has rights and obligations of knowing and saying how patients must control their health conditions; (b) patients do not ratify these professionals' rights and obligations of knowing and saying how

they should proceed in the post-discharge; (c) medical doctors talk about good health practices by list-formatting their turns at talk, which conflicts with patients' expectations of discussing these topics in a minutely detailed way. In the third one, a comparing analysis between two interactions has been done. Finally, it has been verified that the way of organizing service of orientation to patients approximate integral assistance actions (AYRES, 2004) insofar as professional members produce talk capable of establish a demonstration sequence of orientation need from information solicitation concerning if and how the patient takes care of their health. The theoretical contribution of this dissertation may be translated into the proposal of including the aspect *topic sequential organization mode* in the description of the principle of reciprocity-designed (SACKS, 1992; SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974). The way topical sequences are organized in the interaction displays relevance to the degree of particularization interlocutors' talk may reach. In terms of applicability, as providing recipient-designed recommendations or prescriptions to situated interlocutors' needs implicates knowing *if* and *how* patients control their health conditions, we suggest that professional members depart from the action of soliciting information regarding patients' successful and failed experiences and their difficulties in health-caring so that interactional material may be generated and patients' orientation may be done in a particularized way.

Key-words: Talk-in-interaction. Doctor –heart-diseased patient communication. Reciprocity-designed. Particularization. Epistemic and deontic domains.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema da recomendação insuficiente.....	34
Figura 2 – Esquema da recomendação suficiente.....	35
Figura 3 - Posicionamento da enfermeira Priscila (à esquerda) em relação ao paciente Jacques (à direita).....	57
Figura 4 – Sabine (à esquerda) apresenta as informações do manual Maxcárdio.....	63
Figura 5 – Organização das sequências dos momentos interacionais particularizados em contexto de entrevista para admissão ou permanência como beneficiário/a.....	77
Figura 6 – Organização das sequências dos momentos interacionais particularizados no contexto do Programa Educacional Maxcárdio.....	78
Figura 7 – As cinco dimensões da adesão	107
Figura 8 – Gesto produzido por Marcos (à direita) – movimento de meio círculo ascendente com a mão esquerda	124
Figura 9 – Troca de sorrisos entre o paciente Severo (à esquerda) e o fisioterapeuta Marcos (à direita)	126
Figura 10 – Gesto de dedo em riste realizado pela paciente Miriam (à direita).....	136
Figura 11 – Entrelaçamento dos domínios de autoridade epistêmica e deontica em situação de recomendação de autocuidados de saúde oferecida por profissionais não médicos/as no contexto do evento Maxcárdio	138
Figura 12 – Orientação visual das coparticipantes para o manual Maxcárdio	152
Figura 13 – Gesto icônico de listagem realizado por Alberto (à direita na imagem).....	159
Figura 14 – Gesto icônico de lista realizado por Caetano (à esquerda)	162
Figura 15 – Representação gráfica da comparação entre ajuste de fala ubíquo à conversa e ajuste de fala (potencialmente) particularizante de partes de conversas em contexto de encontros Maxcárdio	188
Figura 16 – Esquema representativo da efetivação dos programas educativos Maxcárdio: encontros entre profissionais não médicos/as e pacientes cardiopatas.....	192
Figura 17 – Esquema representativo da efetivação dos programas educativos Maxcárdio: encontros entre profissionais médicos/as e pacientes cardiopatas	193

LISTA DE FOTOGRAFIA

Fotografia 1 – Posicionamento do fisioterapeuta Marcos em interação com o paciente Vinícius.....	68
Fotografia 2 – Direcionamento do olhar de Vinícius no instante em que Marcos pronuncia a palavra “alguém”	73
Fotografia 3 – Compressão dos lábios produzida pelo fisioterapeuta Marcos.....	126
Fotografia 4 – Início do movimento corporal e expressão facial de Sílvia.....	177
Fotografia 5 – Continuação do movimento corporal e expressão facial de Sílvia	178
Fotografia 6 – Posicionamento corporal e expressão facial de Sílvia no momento em que inicia o tuno da linha 68	178

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Definição de IC segundo a ESC	27
Quadro 2 – Esquema representativo das recomendações contra e a favor de cirurgias ortopédicas conforme Hudak, Clark e Raymond (2010).....	36
Quadro 3 – Número de participantes profissionais por gênero e área de atuação.....	41
Quadro 4 – Número de participantes leigos/as divididos/as por gênero e <i>status</i> nas interações (i.e., pacientes ou acompanhantes)	42
Quadro 5 – Informações sobre o <i>status</i> dos/as participantes da pesquisa e o tempo de duração das gravações de cada evento	43
Quadro 6 – Assuntos tratados pelos/as profissionais das áreas da enfermagem, fisioterapia e nutrição na fase (b) dos encontros com pacientes acometidos por ICC	50
Quadro 7 – Assuntos tratados pelos/as profissionais das áreas da enfermagem, fisioterapia e nutrição na fase (b) dos encontros com pacientes acometidos por SCA.....	51
Quadro 8 – Ilustração do posicionamento das ações dentro da sequência interacional em que se observa o padrão de mobilizar recursos para lidar com a resistência de pacientes frente a recomendações ofertadas	142
Quadro 9 – Sistematização das falas do fisioterapeuta Marcos em conversa com a paciente Miriam: ações e consequências	146
Quadro 10 – Percurso empírico das ações interacionais observadas no contexto Maxcárdio e suas implicações em relação às negociações em torno de domínios epistêmicos e deônticos.....	169

LISTA DE SIGLAS

AHA	American Heart Association
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doenças cardiovasculares
ESC	European Society of Cardiology
GAP	Guideline Applied in Practices
GAT 2	Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
MS	Ministério da Saúde
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNP	Política Nacional de Promoção da Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OS PROGRAMAS EDUCACIONAIS MAXCÁRDIO SCA E ICC	23
2.1 Etiologias, Sintomas, Tratamentos e Fatores de Risco da SCA e da ICC	26
2.1.1 Síndrome Coronariana Aguda	26
2.1.2 Insuficiência Cardíaca Congestiva	27
2.1.3 Fatores de Risco Comuns às DCVs e a Importância do Autocuidado	29
3 ANÁLISE DA CONVERSA: PERSPECTIVA TEÓRICA E APLICAÇÃO EM CONTEXTO DE RECOMENDAÇÃO DE CUIDADOS E SAÚDE	30
3.1 A Ação de Recomendar ou Prescrever sob a Perspectiva Interacional.....	31
3.1.1 Consultas em Redes de Atendimento Básico ou Especializado	32
3.1.2 Recomendações: Espaço Aberto para Negociações	33
3.1.3 Resistência por Parte dos/as Pacientes: Outras Ponderações	37
4 METODOLOGIA, PARTICIPANTES DA PESQUISA, ORGANIZAÇÃO MACROESTRUTURAL E MANDATOS INSTITUCIONAIS DOS ENCONTROS MAXCÁRDIO	40
4.1 Organização Macroestrutural e Mandatos Institucionais dos Encontros Maxcárdio	48
5 O ESFORÇO DE IR PRIMEIRO: TURNOS DE FALAS EM PRIMEIRAS POSIÇÕES QUE (POTENCIALMENTE) PARTICULARIZAM A CONVERSA NOS ENCONTROS MAXCÁRDIO	53
5.1 O Modo Interacional Maxcárdio: Abordagem em Formato de Anúncio de Informações sobre o Programa e Suas Consequências Interacionais.....	56
5.2 Falas Inusitadas em Primeira Posição: O Esforço do/a Falante que Resulta em Particularização	67
5.3 Justificativas em Primeira Posição que Resultam em Particularização: O Esforço de Ir Primeiro nas Consultas de Alta.....	89
6 DIREITOS E OBRIGAÇÕES DE SABER E DE DIZER: PERCURSO EMPÍRICO PARTE I.....	106
6.1 Domínio Epistêmico.....	110
6.1.1 <i>Status</i> Epistêmico	113
6.1.2 Posicionamento Epistêmico.....	114
6.2 Domínio Deontico	116
6.2.1 <i>Status</i> e Posicionamento Deonticos.....	118

6.3 Negociações Envolvendo Domínios Epistêmico e Deontico nos Eventos Interacionais Maxcárdio: Início de um Percurso Empírico.....	121
6.3.1 Doutor/a Sabe Tudo: Quando Pacientes Querem Conversar com Médicos/as	122
6.3.2 Recursos Interacionais Mobilizados por Profissionais Não Médicos/As para Lidar com (Potenciais) Ações de Contestação e Resistência por Parte de Pacientes	139
6.3.2.1 <i>Reafirmação de Statuses Epistêmico e Deontico Pós-Ações de Bloqueio à Recomendação Implementada por Pacientes.....</i>	<i>139</i>
6.3.2.2 <i>Busca de Apoio na Autoridade Médica para Lidar com Ações de Bloqueio a Recomendações Implementadas por Pacientes.....</i>	<i>141</i>
6.3.2.3 <i>Recursos Interacionais Mobilizados de Modo a Anteceder a Busca por Autoridade Médica para Endossar a Recomendação</i>	<i>150</i>
7 DIREITOS E OBRIGAÇÕES DE SABER E DE DIZER NAS CONSULTAS DE ALTA: PERCURSO EMPÍRICO PARTE II.....	158
7.1 Recursos Interacionais Mobilizados por Profissionais Médicos/as para Recomendar Autocuidados no Pós-Alta: a Listagem.....	158
7.2 Os/as Pacientes têm que Perguntar.....	163
8 RETRATO DO PROGRAMA EDUCACIONAL MAXCÁRDIO À LUZ DE UMA ANÁLISE COMPARADA: DIFERENTES MODOS DE FALAR, DIFERENTES MODOS DE ASSISTIR AOS/ÀS PACIENTES	172
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	185
9.1 Ajuste da Fala Aposto: O Esforço de ir primeiro nos Encontros Maxcárdio.....	185
9.2 Direitos e Obrigações de Saber e de Recomendar ou Prescrever Negociados nos Encontros Maxcárdio	189
9.3 De Volta ao Torno de Oleiro: Contribuição Teórica da Tese	194
9.4 Contribuições Aplicadas da Tese	200
REFERÊNCIAS	202
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PROFISSIONAIS DE SAÚDE	215
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PACIENTE.....	216
ANEXO A - CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO	217
ANEXO B – MANUAL MAXCÁRDIO ICC	218
ANEXO C – MANUAL MAXCÁRDIO SCA	241

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, 2008) qualifica as taxas de morbimortalidade das doenças cardiovasculares (DCV) como magníficas. Traduzindo-se magnitude em dados numéricos, calcula-se que cerca de 30% dos óbitos/ano provocados por causas conhecidas são motivados por esse tipo de doença crônica não transmissível (DCNT). Além disso, estima-se que em torno de 35% da população brasileira acima de 40 anos convive com alguma cardiopatia (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012). Apesar de haver uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que procura unir esforços de setores governamentais e não governamentais em torno de ações de prevenção e controle das DCNT, entre elas as DCV, a preocupação do Ministério da Saúde (MS) com os efeitos do adoecimento da população é notória. Prova disso foi o lançamento, em 2011, do plano de enfrentamento às DCNT (BRASIL, 2013), com ações específicas para o combate ao tabagismo, ao uso abusivo do álcool, à inatividade física e à obesidade. A preocupação do MS encontra justificativa nos impactos sociais e econômicos gerados pelas DCNT. No que tocam às DCV, estudos conclusivos produzidos a partir do XVIII Congresso Brasileiro de Custo (2011) referiram que os gastos com essas doenças consomem 12,26% da receita mensal repassada aos hospitais públicos, sendo 20% desse montante dispendido no setor ambulatorial e 80% no setor de internações.

Embora saiba-se que a maior parte da população brasileira depende dos cuidados de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é inegável o aumento da procura por instituições da rede privada de saúde para tratamentos de DCV. Esse fenômeno explica-se, em parte, pelo crescimento das taxas de emprego formal observadas a partir dos anos 2000 (BALTAR, 2014). A entrada no mercado de trabalho formal oportunizou aos/às trabalhadores/as, entre outros benefícios, acesso a planos privados de saúde, muitas vezes, extensivos a familiares. Assim, as instituições privadas de saúde conveniadas, em certa proporção, passaram a ter que dividir a responsabilidade de informar a população sobre medidas de prevenção e controle das DCV e outras DCNT, ação de importância reconhecida pela própria PNPS (BRASIL, 2005). A criação de programas educacionais voltados para portadores/as de DCV, como é o caso do programa investigado nesta tese, evidencia a preocupação de instituições privadas de saúde em trabalhar nesse sentido. Contudo, a simples elaboração e execução de um programa educacional não assegura adesão por parte de pacientes aos cuidados de saúde recomendados para a prevenção ou controle das doenças do coração. Foi em vista da necessidade de buscar respostas que possam ampliar o entendimento

sobre como melhorar os índices de corresponsabilização dos/as pacientes com o controle dos fatores de risco para cardiopatias que a instituição pesquisada fez o convite para que se iniciasse o estudo que resultou nesta tese.

Assim, esta tese recai sobre os programas educacionais que a instituição solicitante da pesquisa realiza com portadores/as de síndrome coronariana aguda (SCA) e de insuficiência cardíaca crônica (ICC), aqui referidos pelo nome fictício de Programas Educacionais Maxcárdio. Os programas Maxcárdio, elaborados com base no *Guidelines Applied in Practice* (GAP), modelo estadunidense de excelência assistencial a pacientes cardiopatas, foram concebidos pela instituição pesquisada como uma proposta de preparação de pacientes portadores/as de SCA e ICC para a alta hospitalar. Essa preparação ocorre em situações de encontros face a face. Nesses encontros, profissionais integrantes da equipe multidisciplinar envolvida na efetivação dos programas, formada por médicos/as, enfermeiros/as, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos/as, abordam pacientes portadores/as de SCA ou ICC hospitalizados/as (e/ou eventuais acompanhantes, e.g., familiares ou cuidadores/as) para falar sobre as medidas de autocuidados de saúde que o/a paciente deve adotar no pós-alta hospitalar.

A maneira como os programas Maxcárdio são levados a cabo constitui um *lócus* de investigação propício para pesquisas amparadas pelo aporte teórico metodológico da Análise da Conversa (doravante, AC), adotado para o desenvolvimento das análises propostas nesta tese. A utilização dos métodos analíticos da AC mostram-se apropriados para a investigação que se deseja propor porque as ações realizadas de modo coordenado pelos/as interlocutores/as *na e por meio da* fala-em-interação no momento a momento da conversa são constitutivas da vida social humana (SIDNELL, 2010). A descrição microssequencial dessas ações sociais (SACKS, 1992; SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974) torna visíveis os procedimentos tácitos e racionalmente organizados empregados pelos/as interlocutores/as de forma a colaborativamente alcançarem uma comunicação significativa e ordenada (HUTCHBY, WOOFFITT, 1998). O detalhamento das microações interacionais realizadas de forma coordenada entre os/as participantes da pesquisa tem a capacidade de informar, *in loco*, como os/as profissionais recomendam ou prescrevem boas práticas de saúde e como os/as pacientes respondem às recomendações ou prescrições. Esse tipo de investigação, enfim, pode iluminar o entendimento sobre quais ações dos/a profissionais propendem a obter maiores ou menores chances de comprometimento de pacientes com práticas de controle de fatores de risco para a SCA e a ICC e, conseqüentemente, para outras DCNT que afetam a população brasileira.

Na primeira fase de investigação dos dados que servem a esta tese, percebeu-se que uma das questões que apontava para possíveis respostas em torno do aumento ou da diminuição das chances de comprometimento dos/as pacientes com medidas de autocuidado estava relacionada à capacidade dos/as profissionais de (re)ajustar a fala ao/à interlocutor/a. (SACKS, 1992; SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974). O princípio da fala ajustada – traduzido por Almeida (2009), a partir do conceito de *recipency-design* – encontra-se em Sacks, Schegloff e Jefferson (1974, p. 727, tradução nossa) e diz respeito à “[...] multiplicidade de aspectos com que a fala de uma das partes, em uma conversa, é construída ou desenhada de maneira que demonstre orientação e sensibilidade ao/à outro/a que é o/a coparticipante. Sacks, Schegloff e Jefferson (1974) explicam que o ajuste da fala pode abarcar fatores tais como escolha lexical, escolha do tópico, ordem sequencial dos turnos de fala, direitos e obrigações para começar ou terminar a conversa, entre outros.

Nesse aspecto, notou-se que, embora o princípio de fala ajustada ao/à interlocutor/a seja ubíquo à fala-em-interação, no contexto estudado, ele não se restringe ao conjunto de microações implementado no sentido de mostrar que determinada fala foi produzida para aquele/a recipiente em particular (e.g., escolha do pronome de tratamento), conforme primeiramente descrito em Sacks, Schegloff e Jefferson (1974). De outra forma, nos eventos interacionais Maxcárdio, o (re)ajuste da fala mostrou-se relacionado ao esforço interacional do/a profissional no sentido de contornar a ação protocolar de oferecer informações sobre boas práticas de saúde, compiladas nos manuais educativos que são disponibilizados aos/às pacientes, e abordar assuntos que possam entravar o aceite à recomendação ou prescrição. Observou-se que os tópicos feitos relevantes pelos/as profissionais nos momentos em que eles/elas desviam da ação protocolar de oferecer informações sobre boas práticas de saúde distanciam-se dos itens elencados nos manuais, embora relacionem-se a eles, em alguma medida. Dessa feita, um ponto que ficou para ser aprofundado na segunda etapa analítica com vistas ao desenvolvimento da tese, então, foi verificar em que medida as falas dos/as profissionais são (re)ajustadas de modo a criar ambientes favoráveis (MAYNARD; SCHAEFFER; FREESE, 2011) para a particularização das recomendações ou prescrições em favor de medidas de autogerenciamento em saúde.

Com efeito, a fim de dar conta dessa demanda os seguintes objetivos foram traçados:

- a) verificar quais recursos interacionais os/as profissionais de saúde da equipe Maxcárdio mobilizam para abordar recomendações e prescrições em favor de medidas de autocuidados de saúde com os/as pacientes, i.e., verificar *como* os/as

profissionais recomendam ou prescrevem boas práticas de saúde no turno a turno da interação;

- b) a partir da verificação de *como* as recomendações ou prescrições são feitas, observar quais maneiras de falar mostram-se mais (potencialmente) penderes à generalização ou à particularização das recomendações ou prescrições, sob a perspectiva dos/as pacientes;
- c) discutir em que medida a maneira mais (potencialmente) generalizada ou particularizada de fazer recomendações ou prescrições pode impactar tendências de (não) adesão ao autogerenciamento das doenças.

Outra questão que emergiu da análise de dados enquanto dedicava-se a aprofundar a investigação sobre momentos particularizados das conversas com foco nas recomendações e prescrições de cuidados de saúde está relacionada justamente às respostas dos/as pacientes às ações de recomendar ou prescrever implementadas pelos/as profissionais de saúde da equipe Maxcárdio. Nos encontros entre pacientes e profissionais não médicos (i.e., fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros/as e psicólogos/as), verificou-se que não é incomum os/as primeiros/as resistirem às recomendações ofertadas pelos/as segundos/as. A resistência dá-se na medida que os/as pacientes, ao responderem às recomendações dos profissionais não médicos/as, explicitam o desejo de discutir as medidas de autocuidado com os/as profissionais médicos/as. Em outras palavras, os/as pacientes, muitas vezes, não ratificam os/as profissionais não médicos/as como interlocutores/as com direitos e obrigações de saber que medidas de autocuidado devem ser adotadas no pós-alta. Quando os/as pacientes não ratificam o saber dos/as profissionais não médicos/as, conseqüentemente, eles/elas também não reconhecem esses/essas profissionais como interlocutores/as com direitos de lhes dizer o que (não) pode e/ou (não) deve ser feito no pós-alta para controlar os fatores de risco das doenças das quais são portadores/as.

Por outro lado, a investigação das interações que ocorreram em encontros entre pacientes e profissionais médicos/as apontou uma dissonância entre como os/as primeiros/as demonstram querer tratar dos tópicos que envolvem autocuidados de saúde e a maneira como os/as segundos/as tratam esses tópicos nos encontros. Raramente os/as profissionais médicos/as selecionam as medidas de autocuidado de modo a discuti-las pormenorizadamente, conforme o desejo manifestado por pacientes nos encontros com os profissionais não médicos que ocorrem antes da consulta de alta. De maneira diferente, os/as profissionais médicos/as abordam os tópicos que tocam a autogestão de cuidados de saúde em

turnos de fala em formato de lista, o que, em última instância, não contribui para atribuir-lhes importância enquanto parte do tratamento para conter o agravamento das doenças dos/as pacientes.

A discussão sobre como se dá a negociação em torno de quem possui direitos e obrigações de saber (domínio epistêmico) e direitos de determinar como os/as pacientes devem controlar suas doenças no pós-alta (domínio deontico) no contexto investigado também pode iluminar o entendimento sobre tendências de (não) adesões a terapias e/ou tratamentos. Levando em conta a relevância de se descrever como se dão as negociações que envolvem questões relacionadas aos domínios epistêmicos e deonticos para o entendimento do que pode avançar ou, de outro modo, promover a adesão de pacientes portadores/as de SCA e ICC aos cuidados de saúde, esta tese, além de alcançar os objetivos supracitados, possui o propósito de:

- a) apresentar um *percurso empírico* representativo da efetivação do programa educacional Maxcárdio com vistas a demonstrar *como* profissionais e pacientes negociam, no turno a turno, direitos e obrigações de saber (domínio epistêmico) e de dizer (domínio deontico) o que (não) pode e/ou (não) deve ser feito em termos de boas práticas de saúde no pós-alta, tanto em encontros entre pacientes com médicos/as, quanto com demais profissionais de saúde;
- b) a partir da apresentação do percurso empírico do programa, verificar:
 - quais recursos interacionais são mobilizados pelos/as profissionais não-médicos/as para lidar com resistências e contestações aos direitos e obrigações de saber e de dizer as recomendações;
 - quais recursos interacionais são mobilizados pelos/as profissionais médicos/as para lidar com a demanda dos/as pacientes de obter orientações nutricionais e fisioterápicas;
- c) discutir as implicações interacionais e práticas relacionadas às negociações que giram em torno de direitos e obrigações de recomendar medidas de autocuidados de saúde nos encontros Maxcárdio, com base nas microações sociais implementadas pelos/as participantes.

Em vista dos índices alarmantes de morbimortalidade de DVC, esta tese justifica-se pela necessidade de pesquisas que possam resultar no auxílio ao desenvolvimento ou à melhora dos níveis de autogestão dos/as pacientes (cardiopatas) crônicos/as com relação as

próprias doenças. (WHO, 2003). Com isso em mente, além de cumprir os objetivos supracitados, tem-se o interesse em discutir em que medida a maneira de organizar o processo de trabalho que envolve as ações assistenciais preconizadas pelos programas Maxcádio mostra-se operativa no sentido de cumprir os objetivos da instituição pesquisada, ao introduzir a orientação educacional como prática, quais sejam¹: (a) prover ao/às pacientes informações específicas sobre as enfermidades que lhes acometem; (b) assegurar o comprometimento dos/as enfermos/as com a administração correta das medicações prescritas, bem como com as recomendações de autocuidado (e.g., dieta, exercícios físicos, cessação do fumo etc.); (c) avaliar a habilidade dos/as pacientes (e/ou familiares e/ou cuidadores/as) para a gerência de cuidados de saúde no pós-alta. Essa discussão é feita à luz do princípio da integralidade (BRASIL, 1998), cuja definição, segundo Mattos (2005a), alude ao modo de organização dos serviços de forma que a prestação de assistência pautar-se pelo entendimento das necessidades do/a paciente.

Entende-se que a perspectiva interacional adotada para proceder ao trabalho de pesquisa apresentado nesta tese oferece uma forma inovadora de análise de dados em contexto de investigação de programas educacionais, mais especificamente, voltados para pacientes cardíacos. A inovação da tese está na utilização da teoria metodológica da AC de base etnometodológica (GARFINKEL, 1967), que possui a capacidade de explicitar fenômenos complexos e difíceis de serem medidos quantitativamente ou por meio de entrevistas *post-factum*, como, por exemplo, a fala-em-interação. Pretende-se, assim, a partir da discussão proposta nesta tese, preencher lacunas deixadas por pesquisas de cunho quantitativo (e.g., CHAN; CHAU; CHANG, 2005; CLARK et al., 2005; DUSSELDORP et al., 1999; GILL; FEINSTEIN, 1994; KOELLING et al., 2005; PARK et al., 2008; SOUZA-RABBO, 2010; STRÖMBERG, 2005, 2013) ou, até mesmo, de cunho qualitativo (e.g., GOLDMAN et al., 2006) que investigam resultados de programas de educação voltados para conscientização da importância do controle dos fatores de risco que incidem sobre as DCV. Acredita-se que esta tese apresenta potencial para contribuir com achados que possam ser utilizados no “[...] amparo aos esforços dos/as doentes no tocante à autogestão”² (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2003, p. 35, tradução nossa) dos cuidados com a saúde.

¹ Vejam-se mais detalhes sobre os objetivos da instituição pesquisada ao implantar os programas Maxcádio no Capítulo 2.

² “[...] supporting patients’ efforts at self-management.”

Com vistas a alcançar os objetivos elaborados a partir da análise indutiva de dados, a tese está organizada de modo a, primeiramente, informar o/a leitor/a sobre o contexto investigado. Para tanto, no Capítulo 2, apresentam-se os programas educativos Maxcárdio SCA e ICC. A apresentação abarca as aspirações da instituição que os elaborou e, também, algumas observações relativas à operacionalização dos programas, com base nas anotações de campo realizadas durante o período da coleta de dados. Neste mesmo capítulo, também são apresentadas as informações sobre as etiologias, os sintomas, os tratamentos e os fatores de risco da SCA e da ICC, uma vez que os programas educativos investigados tratam sobre essas doenças. No Capítulo 3, procede-se à revisão teórica dos pressupostos da Análise da Conversa, teoria metodológica adotada nesta tese. Considerando que as ações de recomendar e prescrever já foram tratadas em pesquisas de perspectiva interacional em contextos de cuidados de saúde, faz-se a revisão de modo a abarcar tais estudos. O Capítulo 4 é destinado à metodologia de pesquisa empregada para a realização da coleta, análise e discussão de dados. Apresentam-se, também no Capítulo 4, os/as participantes da pesquisa, bem como os modos de organização macroestural e os mandatos institucionais dos encontros cujas interações constituem o *corpus* da pesquisa. Os capítulos 5 a 8 são analíticos. No capítulo 5, debruçam-se sobre os dados a fim de descrever *como* os/as profissionais da equipe Maxcárdio abordam os/as pacientes cardiopatas participantes da pesquisa e discutir em que medida suas falas mostram-se particularizadas ou não de modo que a abordagem torne-se particularizada ou não às (supostas) necessidade de (re)orientação dos/as pacientes no que se refere ao controle do agravamento de suas cardiopatias no pós-alta. Os capítulos 6 e 7 são dedicados à apresentação de um *percurso empírico* representativo da efetivação dos programas educacionais Maxcárdio com vistas a demonstrar *como* profissionais e pacientes negociam, no turno a turno, direitos e obrigações de saber (domínio epistêmico) e de dizer (domínio deontico) o que (não) pode e/ou (não) deve ser feito em termos de boas práticas de saúde no pós-alta. A apresentação do percurso empírico encontra-se dividida em dois capítulos, uma vez que compilar as análises que levam à discussão sobre como os programas Maxcárdio são internacionalmente levados a cabo como um todo – i.e., como se dão as abordagens aos/às pacientes nos encontros com os/as profissionais não médicos até o ponto em que os/as doentes encontram-se com os/as profissionais médicos/as nas consultas de alta – em apenas um capítulo poderia tornar a leitura dessa parte da tese demasiadamente cansativa. No capítulo 8, faz-se uma análise comparada entre duas interações que possuem uma paciente interlocutora em comum, porém, em encontros com profissionais diferentes. Com base na comparação entre as maneiras como os/as diferentes profissionais abordam a paciente, discute-se dois modos diferentes de

organização de serviço de prestação de assistência à saúde observados na implementação dos programas Maxcárdio à luz do princípio da integralidade. (AYRES, 2004; BRASIL, 1998; MATTOS, 2005a). Por fim, no capítulo destinado às considerações finais, discutem-se os achados da tese e suas relevâncias teórica e aplicada.

2 OS PROGRAMAS EDUCACIONAIS MAXCÁRDIO SCA E ICC

Conforme previamente discutido, os programas Maxcárdio foram concebidos como uma proposta de preparação do/a paciente cardíaco/a portador/a de SCA ou ICC para a alta hospitalar. Essa preparação, no entender da instituição pesquisada, passa por oportunizar ao/à paciente acesso à informação sobre a sua enfermidade e sobre medidas de autocuidado de saúde a serem adotadas no pós-alta. A implementação dos programas tem como principal aspiração fazer os/as pacientes comprometerem-se com o controle dos fatores de risco que incidem sobre o agravamento da SCA ou da ICC de modo a reduzir as taxas de internações recidivas dos/as enfermos/as atendidos pela instituição. A implementação dos programas é realizada pelo/as profissionais que integram a equipe multidisciplinar, formada por médicos/as, enfermeiros/as, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos/as, responsável por abordar os/as pacientes em diferentes momentos ao longo do período de hospitalização do/a doente, conforme se esclarece mais adiante.

Na percepção da instituição, proporcionar o acesso à informações sobre as doenças e as formas de contê-las é uma ação que pode auxiliar no incremento da taxa de adesão dos/as pacientes às terapias recomendadas e tratamentos prescritos. Conforme anteriormente mencionado, no que referem aos objetivos educacionais, os programas Maxcárdio investigados visam a preparar pacientes acometidos/as por SCA ou por ICC para a situação de alta hospitalar de forma a: a) prover-lhes informações específicas sobre a doença; b) assegurar o seu comprometimento com a administração correta das medicações prescritas, bem como com as recomendações para o autocuidado (e.g., dieta, exercícios físicos, cessação do fumo); c) avaliar a habilidade dos/as pacientes (e/ou familiares e/ou cuidadores) para a gerência de cuidados de saúde no pós-alta.

A fim de alcançar seus objetivos, nos termos supracitados, a instituição proponente dos programas Maxcárdio elaborou um plano de ação que partiu da confecção de manuais contendo informações sobre as enfermidades selecionadas³ e sobre boas práticas de saúde a serem adotadas no pós-alta. Os manuais Maxcárdio operam como uma espécie de apresentação dos programas, uma vez que, ao recebê-los, os/as pacientes tornam-se familiarizados/as com a existência de um programa educacional condizente com a sua doença. Nas situações em que os/as pacientes são hospitalizados/as, mas não vão para a unidade de terapia intensiva (UTI) e, sim, para o quarto, cabe aos/às enfermeiros/as realizar a entrega do manual ao/à doente (ou acompanhantes). A primeira ação que esses/as profissionais devem

³ Vejam-se as cópias dos manuais nos Anexos B e C.

fazer, antes de realizar a entrega, é verificar nos computadores do posto de atendimento da ala em que o/a paciente encontra-se hospitalizado/a se o/a médico/a cardiologista responsável pelo/a enfermo/a autorizou a entrega do livreto. Nem todos/as os/as médicos/as cardiologistas que trabalham na instituição fazem parte do programa. Alguns/algumas deles/as utilizam a instituição apenas para realizar cirurgias e, dentre esses/as, há os/as que não permitem que seus/suas pacientes sejam abordados/as pela equipe de profissionais que os/as atendem durante a hospitalização (i.e., enfermeiros/as, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos/as) para conversar sobre medidas de autocuidado. De modo diferente, em situações em que o primeiro contato do/a paciente com a equipe da instituição dá-se na UTI, a entrega do manual e apresentação do programa educacional fica a cargo do/a médico/a cardiologista responsável pelo caso do/a doente.

A entrega do manual é feita em conjunto com a solicitação de que o/a paciente ou, em caso de impossibilidade, o/a acompanhante o leia. Nesse momento, o/a enfermo/a (ou acompanhante) é informado que o texto do livreto versa sobre as causas, os sintomas, os exames e os tratamentos indicados para a doença, bem como sobre medidas de cuidados de saúde a serem adotadas para auxiliar na contenção do agravamento da enfermidade. Em termos de conteúdo, os livretos oferecem informações de ordem fisiopatológica sobre os acometimentos, bem como orientações gerais para cuidados de saúde (e.g., adesão ao tratamento, organização da rotina para a tomada de medicamentos, controle de ingestão de bebidas alcoólicas, ações para a cessação do tabagismo, controle de peso, monitoramento da pressão arterial, vacinação, atividades sexuais, controle de fatores de estresse, entre outras).

No momento da entrega dos manuais, os/as pacientes também tomam conhecimento de que a instituição trabalha com uma equipe multidisciplinar e que, portanto, profissionais de saúde de diferentes áreas entrarão em contato para conversar sobre os cuidados de saúde que fazem parte das suas áreas de atuação dentro do hospital. Assim, após essa primeira abordagem, protocolarmente pensada para ser realizada por profissionais da equipe de enfermagem ou, em caso de pacientes hospitalizado/a na UTI, pelo/a médico/a cardiologista, os/as pacientes passam a receber visitas dos/as profissionais da equipe. Os/as pacientes são visitados/as posteriormente, inclusive, pelos/as próprios/as enfermeiros/as que fizeram a entrega dos manuais. Importante ressaltar, ainda, que a instituição prevê o período máximo de 48 horas para que o/a enfermeiro/a ou o/a médico/a cardiologista proceda à entrega do manual, seja para o/a paciente, seja para a pessoa que atue com seu/sua responsável durante a hospitalização. Como conclusão dos programas, a instituição prevê que a última interpelação

sobre os tópicos referentes às medidas de autogestão em saúde deve ser realizada pelo/a médico/a cardiologista, na consulta em que o/a paciente recebe alta.

Embora a instituição tenha ações protocolares no que diz respeito ao modo como os/as pacientes devem ser abordados/as para a entrega do manual e, também, em relação ao período máximo em que essa abordagem deve ser realizada, na prática, nem sempre a aproximação ocorre conforme o que está previsto no protocolo. Durante o tempo em que durou a coleta de dados para esta tese, i.e., aproximadamente quatro meses, viu-se que, em algumas ocasiões, o prazo para a entrega do manual não foi respeitado. Houve casos em que o/a paciente estava hospitalizado/a havia treze dias e não tinha sido/a interpelado/a sobre o programa ainda. Ocorreu também de a psicóloga participante da pesquisa iniciar a aproximação com o/a paciente em razão da demora dos/as profissionais da equipe de enfermagem para efetuar a entrega do manual. Essa questão esteve, inclusive, na pauta de uma das reuniões que a equipe integrante dos programas realiza semanalmente. Em duas ocasiões, durante o período em que os dados foram coletados, observou-se que pacientes deixaram de ser abordados/as sobre os programas condizentes com suas cardiopatias.

Ainda sobre questões relativas à abordagem a pacientes que participam dos programas Maxcárdio, cabe ressaltar que, quando se fala em ações protocolares de aproximação, refere-se ao modo de organização sequencial previsto pela instituição em termos de quais profissionais devem tratar sobre o programa com os/as pacientes primeiro, cabendo à equipe de enfermagem ou médica fazê-lo, conforme informado anteriormente. Não há, contudo, normas institucionais referentes à maneira de falar. Nesse sentido, cada profissional trata sobre o programa específico à cardiopatia do/a paciente interlocutor/a local de acordo com seu próprio julgamento sobre como a abordagem deve ser realizada. Entretanto, isso não significa que não há padrões de modos de falar que possam ser descritos e discutidos, conforme poder-se-á verificar nos capítulos analíticos desta tese.

Tendo em vista que os programas educativos investigados voltam-se especificamente para doentes portadores de SCA e ICC, julga-se importante descrever as etiologias, os sintomas, os tratamentos e os fatores de risco dessas doenças. A próxima subseção dedica-se, então, a apresentar uma breve descrição das enfermidades abarcadas pelos programas educacionais em foco nesta tese.

2.1 Etiologias, Sintomas, Tratamentos e Fatores de Risco da SCA e da ICC

Conforme mencionado, essa pesquisa possui como foco analítico eventos de fala-em-interação entre profissionais de saúde de uma equipe multidisciplinar de um hospital de uma cidade da região sul do Brasil e pessoas acometidas por SCA ou por ICC. A razão para a limitação a tais doenças dá-se pelo fato de que, à época da coleta de dados, a instituição pesquisada dispunha de um programa específico de educação a portadores/as de SCA, já implantado, e outro programa específico de educação a portadores/as de ICC em fase de finalização. Com o intuito de situar os/as possíveis leitores/as desse trabalho quanto às doenças focadas pelos programas educacionais da instituição pesquisada, faz-se uma breve descrição da SCA e da ICC. Essa descrição objetiva não somente trazer um entendimento fisiopatológico sobre as doenças, bem como suas causas, sintomas e tratamentos. Nesse sentido, encontra-se descolada do compromisso de fornecer informações altamente especializadas, como as que assumem publicações advindas da área biomédica.

2.1.1 Síndrome Coronariana Aguda

SCA é um termo guarda-chuva utilizado primordialmente por especialistas para se referirem ao bloqueio repentino do sangue fornecido ao músculo do coração (miocárdio). Em termos fisiopatológicos, de acordo com a *American Heart Association* (AHA) (2011), a SCA caracteriza-se por um conjunto de manifestações clínicas e laboratoriais de isquemia (redução do fluxo sanguíneo) miocárdica aguda. A enfermidade pode ser classificada de três diferentes formas: (a) angina instável (dor ou desconforto transitório localizado na região anterior do tórax, sentido como uma sensação de pressão, aperto ou queimação); (b) infarto agudo do miocárdio (IAM); (c) IAM com ou sem supradesnível do segmento ST (lesões do miocárdio que ocasionam o aparecimento de ondas elétricas que indicam necrose e são detectáveis via exame de eletrocardiograma). (BASSAN; BASSAN, 2006). A patogênese da SCA está fundamentada no dano vascular e na formação de trombos (coagulação do sangue no interior do vaso sanguíneo) (FUSTER; ROSS; TOPOL, 1996) que encontram explicações nas causas congênitas ou em fatores exógenos, como hábitos maléficos à saúde adquiridos pelo/a indivíduo/a (e.g., fumo). A expressão leiga para SCA é *ataque do coração*.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a dor no peito é o principal sintoma da SCA, principalmente quando a ocorrência se dá em situação de repouso. Em se tratando do diagnóstico da doença, eis outros sintomas apontados pela instituição que

merecem atenção: dispneia (falta de ar), tontura, perda de consciência, indigestão sem motivo aparente, sudorese, fraqueza e confusão mental. Além da atenção aos sintomas apresentados pelo/a paciente, as diretrizes da SBC recomendam a utilização de recursos diagnósticos que vão desde a avaliação laboratorial e do exame de eletrocardiograma até a realização de procedimentos sofisticados, como a ecodopplercardiografia transtorácica de repouso, entre outras possibilidades.

Os tratamentos para a SCA recomendados pela SBC são variados e devem ser administrados em conformidade com a observância de outras patologias que o/a paciente pode apresentar (e.g., diabetes, problemas renais, pressão arterial alterada). Em situações emergenciais, as intervenções sugeridas pela entidade variam entre a oxigenioterapia, a ministração de betabloqueadores (fármacos que atuam como vasodilatadores) e de varfarina sódica (fármaco que funciona como inibidor de formação de trombozes) até a aplicação de medidas mais invasivas, como a revascularização do miocárdio e a colocação de próteses cardíacas (e.g., *stents*).

2.1.2 Insuficiência Cardíaca Congestiva

Em termos fisiopatológicos, a AHA descreve a ICC como uma síndrome clínica que resulta de qualquer disfunção cardíaca estrutural ou funcional que dificulta a ação do ventrículo em se preencher ou ejetar sangue. Em outros termos, ainda de acordo com a instituição, ICC refere-se à incapacidade do coração em bombear apropriadamente o sangue carregado de oxigênio e nutrientes de forma a suprir as necessidades das células do corpo. A European Society of Cardiology (ESC) definiu, em 2008, três critérios para o diagnóstico de ICC conforme apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Definição de IC segundo a ESC

Sintomas típicos	Falta de ar ao exercício ou no repouso, fadiga, cansaço e edemas de tornozelos.
Sinais típicos	Taquicardia, taquipneia (respiração rápida e curta), estertores pulmonares (sons pulmonares anormais), derrame pleural (acúmulo de líquidos na pleura), aumento da pressão venosa jugular, edema periférico (inchaço de pé, perna, tornozelo), hepatomegalia (inchaço do fígado).
Evidência	Cardiomegalia (inchaço do coração), sopros cardíacos, B3 (som

objetiva estrutural ou funcional	audível do impacto do sangue na parede ventricular), alterações no ecocardiograma, aumento do BNP (neuro-hormônio secretado pelos ventrículos em resposta à expansão de volume e sobrecarga de pressão, marcador bioquímico).
--	---

Fonte: Adaptado de Santos e Bittencourt (2008).

Conforme explicam Santos e Bittencourt (2008, p. 225), a presença das condições fisiopatológicas descritas pela ESC ocasionam a modificação do miocárdico que provocam alterações estruturais cardíacas, “inclusive, como tentativa do organismo de adaptação à doença.” Em outras palavras, a função das células musculares miocárdicas de executar os movimentos de contração-relaxamento fica alterada. Essa disfunção miocárdica pode ser sistólica (quando o problema dá-se no movimento de contração do músculo) ou diastólica (quando a alteração dá-se no movimento de relaxamento do músculo), embora seja comum a ocorrência dos dois problemas conjuntamente em um/uma mesmo/a paciente.

As causas da ICC são variadas e complexas e podem advir da presença de certos fatores, como hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia isquêmica, cardiopatia chagásica, doenças infiltrativas (e.g., sacordoise e doença de Fabry), obesidade, drogadição, hipertireoidismo, infarto, só para citar algumas entre tantas outras listadas no documento da II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. Os exames diagnósticos que podem ser solicitados também variam bastante e devem levar em conta os quadros sintomáticos apresentados pelos/as pacientes, bem como seus históricos médicos. Exames de laboratório, radiografia de tórax, gasometria arterial, ressonância magnética cardíaca e ecocardiograma são alguns dos recursos indicados pela SBC para o diagnóstico da ICC.

No que se refere ao tratamento da doença, Santos e Bittencourt (2008) explicam que, em função das inúmeras causas possíveis da enfermidade, não existe um recurso terapêutico padronizado recomendado. Existe, contudo, ainda segundo Santos e Bittencourt (2008), uma divisão de fases de tratamento que englobam: a) tratamento das possíveis causas da doença, ou seja, as etiologias isquêmica, valvar, hipertensiva, congênita e alcoólica (e.g., tratamento farmacológico); b) correção das possíveis causas da disfunção diastólica do coração, ou seja, alteração no funcionamento do enchimento ventricular diastólico (e.g., cirurgia); c) medidas gerais não farmacológicas (e.g., atividades físicas, dieta, administração correta de medicamentos, etc.); d) medicações que visam melhorar a função ventricular e o prognóstico (e.g., betabloqueadores); e) medicações para a melhora dos sintomas congestivos (e.g., diuréticos). Santos e Bittencourt (2008, p. 227) alertam, ainda, para o fato de a ICC ser uma

doença progressiva, e, independentemente “da regressão dos sintomas [...], as alterações cardíacas que determinam a doença não são, na maior parte dos casos, reversíveis e, muitas vezes, continuam progredindo.”

2.1.3 Fatores de Risco Comuns às DCVs e a Importância do Autocuidado

Há concordância entre as associações estadunidense, europeia e brasileira de cardiologia, entre outras, acerca dos fatores de risco evitáveis e não evitáveis que podem influenciar tanto no desenvolvimento das doenças cardiovasculares quanto no gerenciamento da progressão da enfermidade, uma vez adquirida. Entre os fatores de consenso que figuram na lista de riscos não evitáveis estão: idade, histórico familiar, etnia e dislipidemias por fatores congênitos (e.g., alterações dos níveis de colesterol). Do outro lado, na lista dos riscos evitáveis, estão fatores tais como tabagismo, sedentarismo, obesidade e causas psicossociais. São sobre esses elementos passíveis de controle que atuam as redes multidisciplinares de profissionais de saúde. O papel dos/as colaboradores/as dos programas educacionais, na maioria dos casos, é informar, conscientizar e motivar o/a paciente a atuar de forma responsável e colaborativa no controle dos fatores de risco, evitando, assim, a recorrência de internações e, em consequência, aumentando o seu nível de qualidade de vida. À vista disso, os programas multidisciplinares de educação ao/à paciente cardíaco/a desempenham relevante tarefa no cuidado com a saúde dessas pessoas, seja na esfera pública, seja na esfera privada.

As ações de recomendar ou prescrever em contexto de cuidados de saúde já foram investigadas sob a perspectiva interacional, embora não em âmbito de programas educacionais para boas práticas de saúde. Sendo assim, é importante para o desenvolvimento desta tese conhecer o que se encontra descrito nessa esfera. O próximo capítulo versa sobre estudos que contemplam esse tópico de pesquisa. O capítulo inicia, contudo, com uma breve revisão sobre a perspectiva teórico metodológica da AC para, então, apresentar a revisão dos trabalhos que se utilizam da AC para tratar sobre recomendações ou prescrições.

3 ANÁLISE DA CONVERSA: PERSPECTIVA TEÓRICA E APLICAÇÃO EM CONTEXTO DE RECOMENDAÇÃO DE CUIDADOS E SAÚDE

Como um todo, a AC é uma tecnologia para acessar a orientação dos/as membros/as de uma cultura e evitar teorizações [...] implausíveis. A AC é um programa de *engenharia reversa* que analisa práticas interacionais de modo a articular e reespecificar as bases genéricas da interação social. Os resultados obtidos iluminam as maneiras como as realidades sociais e institucionais são ocasionadas, mantidas e gerenciadas com o auxílio da organização da fala-em-interação.⁴ (ARMINEN, 2005, p. 5, tradução nossa, grifo do autor).

O programa de engenharia reversa da AC ao qual se refere Arminen (2005) pode ser traduzido por uma “atividade de pesquisa empiricamente orientada, fundamentada em uma teoria de ação social básica [que gera] implicações significativas a partir de uma análise de formas interacionais previamente despercebidas”⁵. (SILVERMAN, 2009, p. 169, tradução nossa). De modo mais esclarecedor, recorre-se às palavras de Drew (2009) para informar que o programa de engenharia reversa da AC é possível porque:

[...] o raciocínio básico na AC parece ser que os procedimentos metodológicos deveriam ser adequados aos materiais à mão e aos problemas com os quais [os/as interlocutores/as] estão lidando, no lugar de [os problemas] serem pré-especificados em fundamentos a priori⁶.

Assim, tal programa emergiu da observação do caráter regular e ordenado que todo evento de fala-em-interação apresenta e da sistematização das práticas interacionais disponíveis aos/às participantes para gerenciar e manter a intersubjetividade e, assim, realizar ações sociais no mundo (SACKS, 1992; SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974; SCHEGLOFF, 1987, 2007). Para Sacks (1992), o caráter inteligível da interação social é explicado pelo fato de que os recursos interacionais disponíveis aos/às interlocutores/as para agir no mundo são, ao mesmo tempo, livres e sensíveis ao contexto. (HUTCHBY; WOOFFITT, 1998). Nesse aspecto, segundo explicação de Have (1990, p. 25, tradução nossa), ao engajarem-se em uma conversa, os/as membros/as solucionam seus problemas organizacionais interacionais por meio de métodos que “possuem uma característica dupla

⁴ “As a whole, CA is a technology to access the orientations of the members of a culture, and avoid implausible constructive theorizing. CA is a program of *reverse engineering* which analysis interactional practices in order to articulate and respecify the generic building blocks of social interaction. The results obtained illuminate ways in which social and institutional realities are occasioned, maintained, and managed with the help of the organization of talk-in-interaction.”

⁵ “[...] an empirically oriented research activity, grounded in a basic theory of social action [which generates] significant implications from an analysis of previously unnoticed interactional forms.”

⁶ “The basic reasoning in CA seems to be that methodological procedures should be adequate to the materials at hand and to the problems one is dealing with, rather than them being pre-specified on a priori grounds.”

face: de um lado, eles são bastante gerais, enquanto por outro lado, eles permitem uma adaptação apurada às circunstâncias locais.”⁷

Dessa feita, o trabalho do/a pesquisador/a que adota o programa de engenharia reversa da AC consiste em analisar dados a partir da observação do que os/as interlocutores/as demonstram ser relevante para eles/elas próprios/as no momento a momento da conversa, i.e., proceder à análise êmica de dados. De forma sucinta, a análise êmica de dados, sustentada teoricamente pela Etnomedologia (GARFINKEL, 1967), permite ao/à pesquisador/a perceber os eventos interacionais e proceder à investigação indutiva dos métodos que os/as interlocutores/as utilizam para solucionar seus problemas organizacionais interacionais por meio da fala-em-interação. Os/as interlocutores/as, ao exibirem o que, para eles/elas, torna-se relevante na interação, fazem transparecer os métodos ou, mais especificamente, os etnométodos (GARFINKEL, 1967) utilizados para gerenciar e manter a intersubjetividade de modo a mutuamente atribuir significados às falas uns/umas dos/as outros/as e, assim, coconstruir conversas inteligíveis e, portanto, passíveis de serem descritas. (HUTCHBY; WOOFFITT, 1998; GARFINKEL, 1967). Nesse sentido, Hutchby e Wooffitt (1998, p. 31, tradução nossa) argumentam que a AC “representa o mais fecundo expediente para realizar estudos etnometodológicos.”⁸

Dado que esta tese dedica-se a investigar os etnométodos que profissionais de saúde e pacientes cardiopatas empregam para coconstruir conversas que, em última instância, constituem os encontros destinados à orientação dos/as enfermos/as sobre como controlar a agravamentos de suas doenças por meio de recomendações e prescrições de boas práticas de saúde, apresenta-se uma revisão sobre como as ações de recomendar ou prescrever têm sido estudadas sob a perspectiva da AC.

3.1 A Ação de Recomendar ou Prescrever sob a Perspectiva Interacional

Antes de proceder à revisão dos estudos interacionais que versam sobre as ações de recomendar ou prescrever, cabe explicar como se entende a distinção entre esses termos. Assim, tomam-se os termos *recomendar* e *prescrever* conforme empregado na Teoria Moral⁹ (VÁSQUEZ, 2000), segundo a qual *recomendar* está associada a condutas suprarrogatórias e *prescrever* a condutas obrigatórias. Desse modo, se, por exemplo, o/a profissional de saúde *recomenda* que o/a paciente faça caminhadas regulares, no caso do/a paciente assim proceder,

⁷ “[These methods] have a double-faced characteristic: on the one hand they are quite general, while on the other they allow for a fine-tuned adaptation to local circumstances.”

⁸ “[CA] represents the most fruitful means of doing ethnomethodological study”.

⁹ Agradeço ao Professor José Roberto Goldim por me fazer conhecer essa diferença.

sua conduta será elogiável. Ao contrário, se o/a paciente não acata a recomendação, sua conduta será compreendida como indiferente. De modo diferente, se o/a profissional de saúde, por exemplo, fizer uma prescrição, seja relativa à administração de medicamentos, seja referente à mudanças ou incorporação de novos hábitos de saúde, o não cumprimento à prescrição torna-se uma conduta passível de censura.

Contudo, ainda no que se refere ao uso dos termos recomendação ou prescrição para descrever as ações observadas nas interações em foco nesta tese, cabe esclarecer que se dá preferência para os entendimentos revelados pelos/as interlocutores/as de modo intrínseco, i.e., no turno a tuno da conversa. Em outras palavras, a escolha dos termos recomendar e prescrever obedecerão à diferenciação anteriormente descrita, a não ser em casos em que os/as próprios/as interlocutores/as utilizam um ou outro termo de forma não consoante com a diferenciação adotada neste trabalho. Nesse sentido, importa ressaltar que as ações entendidas pelos/as interlocutores/as como uma recomendação ou prescrição podem ser implementadas por meio de formatos variados de turnos de fala. Assim, as ações de recomendar ou prescrever podem ser implementadas por meio de enunciados em formato, por exemplo, de imperativos (e.g., “marque a consulta para daqui há dez dias.”) ou por meio de formas menos assertivas de falar como, por exemplo, enunciados em formatos declarativos (e.g., “o objetivo é que a senhora continue a reabilitação cardíaca quando sair do hospital.”). Portanto, a maneira como o/a próximo/a falante demonstra fazer sentido sobre o que foi falado no turno anterior faz-se determinante na escolha dos referidos termos em situações em que se pretende descrever a ação conforme intrinsecamente exibida na conversa.

Feita a distinção entre como os termos recomendar e prescrever são tomados na tese, passa-se à revisão dos estudos interacionais que versam sobre essas ações sob uma perspectiva interacional.

3.1.1 Consultas em Redes de Atendimento Básico ou Especializado

Os estudos revisados nesta subseção tomam como base, predominantemente, conversas ocorridas em consultórios de redes de atendimento básico ou especializado de saúde. Uma característica fundamental desse tipo de encontro é a busca por parte dos/as pacientes por soluções para os problemas de saúde. Ocorre, porém, que muitas vezes as soluções apresentadas pelos/as profissionais de saúde não convergem para as soluções esperadas ou desejadas pelos/as pacientes, e esse desalinhamento entre os/as participantes é passível de ser observado por meio da análise interacional de sequências de turnos de fala. .

Stivers (2002, 2003, 2005 a, 2005b, 2006), por exemplo, que se dedica à investigação de consultas de atendimentos pediátricos a crianças com sintomas de infecção das vias aéreas superiores, observa que é comum figuras parentais advogarem pelo uso de antibióticos como solução para os problemas de saúde de seus filhos e filhas. Ao analisar os dados, Stivers (2002) argumenta que a preferência pelo uso de antibióticos por parte das figuras parentais, independentemente de ser expressa de maneira tácita ou explícita, gera consequências, tanto interacionais quanto de ordem prática, para os/as pediatras. Em termos interacionais, Stivers (2002, 2003) aponta o provimento de explicações ou justificativas (*accounts*) por parte dos/as pediatras em momentos em que se veem pressionados/as pelas figuras parentais a prescrever o uso do medicamento. Colocando de maneira simples, muitas vezes, os/as pediatras acabam cedendo e prescrevendo o uso do antibiótico, mesmo em casos em que, ao longo da conversa, os/as profissionais tinham-se mostrado resistentes em prescrevê-lo.

Afora a discussão em torno do que representa o uso indiscriminado de antibióticos para a população, diante da análise de dados, Stivers (2002) conclui que, em oposição à pressuposição de que a prescrição de medicamentos é uma ação derivada somente da *expertise* e da autoridade médica, em muitas ocasiões, ela é fruto da negociação entre médicos/as e pacientes ou, nesse caso, entre os/as pediatras e as figuras parentais. Mais do que isso, no contexto analisado, pediatras e figuras parentais organizam a conversa de modo a exibir orientação para a corresponsabilização do bem-estar da criança a ser tratada, e isso é o que faz transparecer o caráter negociável das prescrições, em tal contexto.

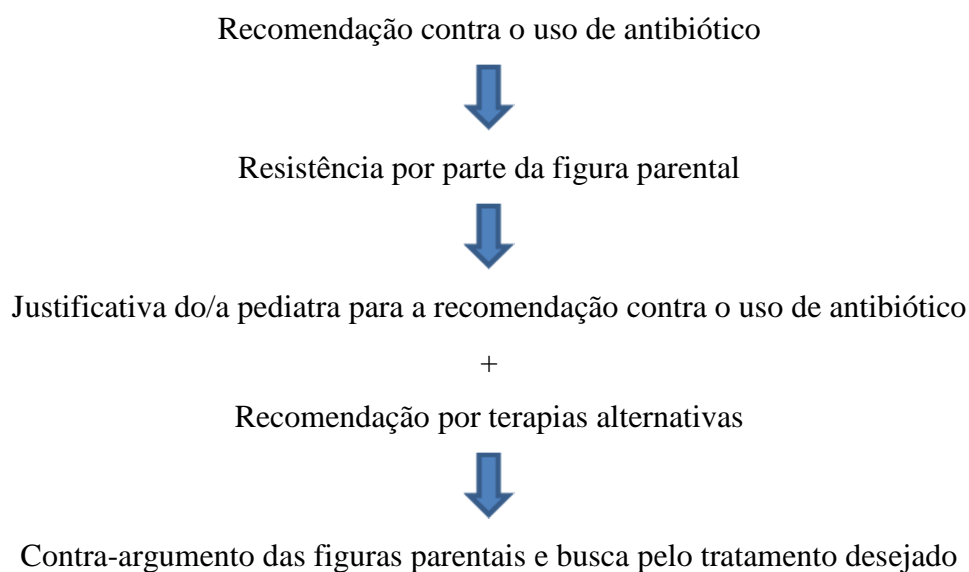
3.1.2 Recomendações: Espaço Aberto para Negociações

No que toca a negociação em torno da prescrição de uso de antibiótico, Stivers (2005b) alega que a forma como os/as pediatras prescrevem tratamentos mostra-se implicativa à ação de aceitar ou resistir das figuras parentais das crianças com sintomas de infecção respiratória. Stivers (2005b) aponta dois padrões em relação a como os/as pediatras fazem prescrições: contra e a favor do uso de antibióticos. Em ocasiões em que a prescrição é em favor do medicamento, as interações normalmente seguem seu curso em direção ao fechamento do encontro (ROBINSON, 2003) sem maiores problemas interacionais para os/as participantes. Em contrapartida, em ocasiões em que não há prescrição em favor do uso de antibióticos, as interações prolongam-se e mostram-se laboriosas para ambos as partes. A observação de Stivers (2005 a, 2005b, 2006) de que as interações tornam-se laboriosas para os/as interlocutores em situações de desacordo sobre qual tipo de tratamento deve ser adotado para

tratar a criança com infecção das vias aéreas superiores faz eco com o que declaram Heritage e Lindström (2012) sobre haver uma propensão do/a interlocutor/a em perseguir a resposta que satisfaça a ação feita relevante pelo oferecimento de um conselho, i.e., um aceite (preferencialmente) ou uma recusa. Como consequência, as sequências de oferecimento de conselhos tornam-se *intermináveis* (HERITAG; LINDSTRÖM, 2012) quando o aceite não é prontamente dado. Da mesma maneira mostram-se as sequências descritas por Stivers (2005b), quando as figuras parentais resistem à prescrição de outros tratamentos para as dores de garganta de seus/suas filhos/as que não aqueles à base de antibióticos.

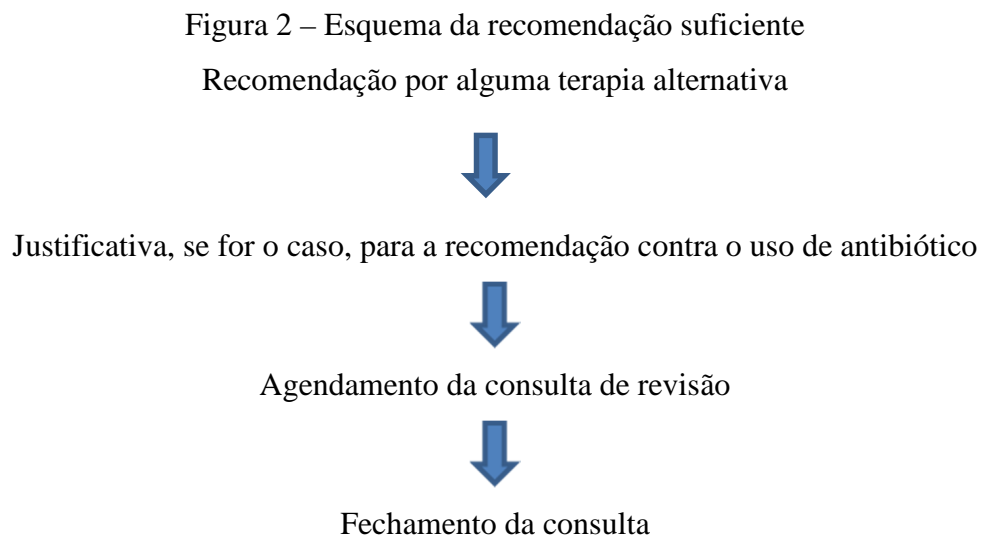
Além da preferência por certo tratamento, Stivers (2005b) explica que outros fatores propulsionam as figuras parentais a exercerem pressão sobre os/as pediatras: as suas percepções quanto à suficiência do tratamento. Stivers (2005b) destaca que uma prescrição é tomada como suficiente quando ela define uma próxima ação específica a ser realizada (e.g., lavar o nariz da criança com soro fisiológico quatro vezes ao dia). Quando ela é percebida como suficiente, o/a médico/a é visto/a como tratando o problema do/a paciente como legítimo. Em contrapartida, Stivers (2005b) alega que uma recomendação é insuficiente quando: (a) fracassa em promover uma próxima ação afirmativamente; (b) não é específica; (c) minimiza a importância do problema de saúde da criança. Nesse sentido, Stivers (2005b) observa que a sequência interacional referente à prescrição contra o uso de antibiótico tende a se apresentar da seguinte forma:

Figura 1 – Esquema da recomendação insuficiente



Fonte: Adaptado de Stivers (2005b).

Ainda, conforme explicação de Stivers (2005b), esse formato de entrega de recomendação propicia que os/as interlocutores/as percebam o tratamento como não satisfatório porque infringem a máxima da suficiência nos termos supracitados. Desse modo, Stivers (2005b) sugere que pediatras adotem o seguinte formato interacional, quando a recomendação é contra o uso de antibiótico:



Fonte: Adaptado de Stivers (2005b).

Stivers (2005b) assevera que o formato recomendado (figura 2) tem mais chances de obter sucesso em termos interacionais porque permite que as figuras parentais percebam que o/a pediatra *possui um plano*¹⁰ para tratar do problema da criança. Assim, as figuras parentais tendem a oferecer menos resistência à prescrição terial contra o uso de antibiótico. Em consequência disso, os/as pediatras se veem menos pressionados/as a modificar o curso de sua ação e a prescrever antibióticos em situações em que esse tipo de tratamento não se mostra o mais adequado (e.g., infecção respiratória viral).

Em estudo que também investiga prescrições a favor ou contra determinado tipo de tratamento, Hudak, Clark e Raymond. (2010) observam que, assim como no caso das figuras parentais investigadas por Stivers (2005a; 2005b), é comum pacientes que procuram um/a cirurgião/ã ortopedista chegarem aos consultórios com expectativas sobre o que seria o melhor tratamento para o seu caso (e.g., uma cirurgia que lhes tire a dor ou um tratamento que lhes tire a dor sem necessidade de cirurgia). Do mesmo modo que as figuras parentais dos

¹⁰ “Have a plan.”

estudos de Stivers (2005b), os/as pacientes analisados por Hudak, Clark e Raymond. (2010) não se eximem de antecipar suas preferências nem de evidenciar desagrado quando percebem que a conversa está tomando um rumo diferente daquele que eles/elas demonstram desejar. Com base na observação dos dados, Hudak, Clark e Raymond (2010) apontam quatro padrões interacionais recorrentes nas consultas investigadas, conforme descritos no quadro 2:

Quadro 2 – Esquema representativo das recomendações contra e a favor de cirurgias ortopédicas conforme Hudak, Clark e Raymond (2010)

Paciente	Cirurgião/ã	
	Recomenda a cirurgia	Não recomenda a cirurgia
Antecipa ou busca a cirurgia	(a) Cirurgião/ã recomenda a cirurgia (“sim”) e paciente havia antecipado a preferência ou estava buscando a cirurgia (“sim”)	(B) Cirurgião/ã não recomenda a cirurgia (“não”), mas paciente havia antecipado a preferência ou estava buscando a cirurgia (“sim”)
Não antecipa ou busca a cirurgia	(C) Cirurgião/ã recomenda a cirurgia (“sim”), mas paciente não havia antecipado a preferência nem estava buscando a cirurgia (“não”)	(D) Cirurgião/ã não recomenda a cirurgia (“não”) e paciente não havia antecipado nem estava buscando a cirurgia (“não”)

Fonte: Adaptado de Hudak, Clark e Raymond (2010).

No que concernem às recomendações a favor de cirurgia, como nos casos das interações que apresentam os padrões (a) e (c), Hudak, Clark e Raymond. (2010) observam que as conversas tendem a seguir seu curso em direção ao agendamento da cirurgia e, finalmente, ao fechamento do encontro. (ROBINSON, 2003). Um ponto de dessemelhança entre os padrões (a) e (c) refere-se ao fato de que, nas interações que apresentam o padrão (c), é comum os/as médicos/as necessitarem de um pouco mais de esforço interacional para persuadir os/as pacientes de que a cirurgia é a melhor opção. Em contrapartida, Hudak, Clark e Raymond (2010) revelam que, nos casos de interações em que as recomendações são contra a cirurgia, as falas dos/as cirurgiões/ãs apresentam-se laboriosas em prol de acomodar a decisão tomada pela não cirurgia face à preferência por realizar o procedimento exibida pelo/a paciente. Mais especificamente, nas interações do tipo (b) – *não vs. sim* – que são as que se mostram mais problemáticas em termos interacionais, o/a profissional tende a prover

explicações e justificativas que possam convencer o/a paciente de que a cirurgia não é a melhor opção no momento, mas que o procedimento cirúrgico não lhe será negado no futuro, quando todas as alternativas de tratamento tiverem se exaurido.

Assim como ocorre nesta tese, Hudak, Clark e Raymond (2010) também discutem os dados sob a perspectiva da fala ajustada ao/à interlocutor/a (SACKS, 1992; SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974); lembrando que ajustar a fala ao/à interlocutor/a significa mostra-se sensível para demonstrar que a fala produzida possui como destinatário/a determinado/a coparticipante(s) em particular, seja por meio de escolha de palavras ou tópicos, seja pela ação que se faz em resposta a uma ação feita no(s) turno(s) anterior(es), seja, ainda, pela forma como se inicia ou se termina uma conversa. (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974). Nas palavras de Hudak, Clark e Raymond (2010, p. 1036, tradução nossa, grifo das autoras e do autor),

as recomendações por tratamento não são ‘sempre’ um turno simples e discreto entregue ao/à paciente para que ele/ela a aceite ou rejeite, mas podem ser precedidas por preliminares ou sinais feitos antecipadamente para ‘conseguir trazer o/a paciente a bordo’ (minimizando discordâncias e maximizando concordâncias e aceites)¹¹.

Assim, na visão de Hudak, Clark e Raymond (2010), os/as ortopedistas, ao se engajarem em práticas e ações interacionais que deem conta de lidar com as resistências demonstradas pelos/as pacientes, dão mostras de estarem atentos/as às suas preferências. As tentativas do/as profissionais de minimizar as frustrações originadas a partir da quebra das expectativas demonstradas interacionalmente pelos/as pacientes revela uma sensibilidade interacional que, mesmo nos casos em que a recomendação não condiz com a solução idealizada, contribui para fazer o/a paciente perceber que o/a médico/a está tratando o seu caso como particular.

3.1.3 Resistência por Parte dos/as Pacientes: Outras Ponderações

Ainda sobre a ação de resistir às recomendações feitas por profissionais de saúde, Koenig (2011, p. 1106) declara que é no momento da recomendação (ou da prescrição) que o/a médico/a tem a oportunidade de oferecer opções de tratamento ao/à paciente e lhe explicar os seus propósitos. Assim, esse momento se faz propício para engajar o/a paciente no seu próprio cuidado de saúde, uma vez que as recomendações e prescrições são negociadas e

¹¹ “[...] recommendation are not always a simple, discrete turn delivered for the patient to either accept or refuse, but can be preceded by preliminaries or signals, done in advance to ‘get the patient on board’ (by minimizing disagreement or rejection and maximizing agreement or acceptance).”

coconstruídas. Para Koenig (2011, p. 1106, tradução nossa), ao resistirem, os/as pacientes exercem sua agentividade nesse ambiente interacional de negociação, dando-se o “[...] direito de escolher quando e como eles/elas endossam a recomendação”¹². Dentro dessa perspectiva, quando resistem, sutil ou abertamente, à recomendação ou prescrição dos/as médicos/as, os/as pacientes “[...] criam uma oportunidade para ativamente participar em como uma recomendação [ou prescrição] por tratamento, por fim, emerge como aceitável”¹³. (KOENIG, p. 1112, tradução nossa).

Nesse aspecto, o trabalho analítico de Hudak, Clark e Raymond (2010) mostra-se consoante à pesquisa de Roberts (1999). Baseada na análise de dados provenientes de interações entre médicos/as oncologistas e pacientes com câncer de mama, Roberts (1999) observa que, em situações em que os/as médicos/as constroem-se como guardiões/ãs (*gatekeepers*) do conhecimento, as pacientes tendem a refrear a aceitação de determinada recomendação até o ponto da interação em que elas conseguem obter informações que as ajudem a entender como e por que certo tratamento está sendo recomendado. Os dois trabalhos convergem na medida em que Roberts (1999) pondera que as pacientes assumem a identidade de alguém que necessita de auxílio, mas não de qualquer tipo de auxílio. As pacientes demonstram ansiar por informações que partam do conhecimento daquilo que já sabem sobre a doença ou sobre o próprio tratamento recomendado de modo que possam tomar decisões acerca de como preferem ser tratadas, i.e., quando o tratamento recomendável torna-se aceitável. (HUDAK; CLARK; RAYMOND, 2010).

Em se tratando da negociação entre médicos/as e pacientes em torno da tomada de decisão por certo tratamento e, conseqüentemente, tratando-se também da resistência oferecida por pacientes em aceitar determinada recomendação ou prescrição médica, o estudo de Siouta et al. (2012), realizado na Suécia e publicado no *The International Journal of Person Centered Medicine*, investiga, baseado em dados coletados em quatro diferentes hospitais daquele país, como pacientes, em interação com cardiologistas, oferecem resistência à prescrição do uso do medicamento varfarina sódica e como os médicos respondem à resistência dos/as pacientes.

O estudo parte do pressuposto de que a fibrilação atrial aumenta o risco de derrame, o que pode ser amenizado com o uso de varfarina sódica. (SIOUTA et al., 2012, p. 427). Entretanto, esse medicamento pode causar efeitos colaterais indesejáveis, como, por exemplo,

¹² “[patients enact] rights to choose how and when they endorse the recommendation.”

¹³ “[they] create an opportunity to actively participate in how a treatment recommendation ultimately emerges as acceptable.”

sangramento grave, além de interações medicamentosas que inspiram cuidados. A possibilidade de ocorrência de efeitos colaterais como esses faz com que a terapia seja estressante e cause resistência em relação à sua adesão por parte dos/as pacientes. (SIOUTA et al., 2012, p. 427). Como base em interações ocorridas em consultas de retorno e de controle rotineiro, os/as pesquisadores/as descrevem quatro tipos básicos de resistência oferecida pelos/as pacientes. De acordo com a análise dos dados, Siouta et al. (2012) asseveram que, ao oferecer resistência ao tratamento proposto pelo/a médico/a, os/as pacientes: (a) explicitam as razões pelas quais não desejam fazer uso da varfarina; (b) sugerem outro tratamento; (c) expressam sua preferência por outra forma de realizar o tratamento; (d) questionam/desafiam o/a médico/a frente à recomendação feita. Por outro lado, aos/às médicos/as, em resposta aos/às pacientes, tendem a: (a) repetir a recomendação; (b) negociar com os/as pacientes; (c) prover informação adicional em relação ao medicamento sugerido; (d) expandir a explicação sobre o propósito do tratamento.

Siouta et al. (2012), seguindo a mesma linha argumentativa de outros/as autores/as (COSTELLO; ROBERTS, 2001; HERITAGE; MAYNARD, 2006; KOENIG, 2011; PARRY, 2004, 2005, 2009, 2013, ROBERTS, 1999; STIVERS, 2002, 2003, 2005a, 2005b, 2006), concordam que conhecer as estratégias interacionais empregadas pelos/as pacientes como método de resistência contra determinado medicamento e/ou procedimento pode ajudar os/as médicos/as a buscar o entendimento mútuo com vistas a decisões de tratamento que sejam, de fato, compartilhadas. Ainda de acordo com Siouta et al. (2012), estando conscientes desses movimentos interacionais, os/as médicos/as podem estimular os/as pacientes a expressar seus pensamentos e engajá-los/as no compartilhamento da responsabilidade acerca dos objetivos estabelecidos por conta do tratamento adotado e, assim, aumentar a chance de adesão aos tratamentos recomendados ou prescritos.

No próximo capítulo, apresentam-se os participantes da pesquisa, a metodologia adotada na tese, bem como os modos de organização macroestural e os mandatos institucionais dos encontros cujas interações constituem o *corpus* da pesquisa.

4 METODOLOGIA, PARTICIPANTES DA PESQUISA, ORGANIZAÇÃO MACROESTRUTURAL E MANDATOS INSTITUCIONAIS DOS ENCONTROS MAXCÁRDIO

De modo a conduzir um estudo com vistas a descrever e analisar como pessoas agem no mundo na e por meio da fala-em-interação, a metodologia desenvolvida por Sacks (1992) demanda que o *corpus* da pesquisa seja composto por dados de conversa de ordem naturalística¹⁴ gravados em áudio e/ou em vídeo e transcritos. O uso de dados gravados é justificado por Atkinson e Heritage (1984, p. 4, tradução nossa), nos seguintes termos:

[O] uso de dados gravados serve como um controle das limitações e da falibilidade de intuições e lembranças [...]. A disponibilidade da gravação possibilita o exame repetido e detalhado de eventos particulares e assim aumenta significativamente o espectro e a precisão das observações que podem ser feitas. O uso de tais materiais possui a vantagem adicional de prover aos/às ouvintes e, em menor escala, aos/às leitores/as do relatório da pesquisa acesso direto aos dados sobre os quais afirmações estão sendo feitas, de modo a torná-los disponíveis para o escrutínio público de uma maneira que minimiza a influência do preconceito individual.¹⁵

A necessidade e a vantagem de transcrever os dados são explicadas por Have (1990, tradução nossa):

Ao transcrever os dados, o/a pesquisador/a é forçado/a a atentar para detalhes da interação que escapariam ao/à ouvinte comum. Uma vez realizadas, as transcrições provêm ao/à pesquisador/a rápido acesso a uma grande variedade de episódios interacionais que podem ser inspecionados para propósitos comparativos. Além disso, [...] transcrições são disponibilizadas com suas análises como parte essencial dos relatórios de pesquisa da AC, dando ao/à leitor/a a chance de inspecionar a análise apresentada, algo que não se encontra disponíveis em outros métodos.¹⁶

Em concordância com a metodologia da AC, esta tese baseia-se em interações face a face ocorridas entre profissionais de saúde de uma equipe multidisciplinar de um hospital da

¹⁴ Isso significa que os eventos sociais investigados aconteceriam mesmo em caso de nenhuma pesquisa estar sendo realizada. Dados naturalísticos contrastam com dados de laboratórios, os quais são gerados a partir de situações criadas para provocar conversas entre os/as participantes e que ocorrem para atender propósitos analíticos.

¹⁵ “[T]he use of recorded data serves as a control on the limitations and fallibilities of intuition and recollections [...]. The availability of taped recorded enables repeated and detailed examination of particular events in interaction and hence greatly enhances the range and precisions of the observations that can be made. The use of such materials has the additional advantage of providing hears and, to a lesser extent, readers of research reports with direct access to the data about which analytical claims are being made, thereby making them available for public scrutiny in a way that further minimizes the influence of individual preconceptions.”

¹⁶ “By making a transcription, the researcher is forced to attend to details of the interaction that would escape the ordinary listener. Once being made, transcripts provide the researcher with a quick access to a wide range of interactional episodes, that can be inspected for comparative purposes. Furthermore [...] transcripts are being provided with their analysis as an essential part of CA’s research reports, giving the reader a way of checking the analysis presented, that is not available with other methods.”

rede privada de uma cidade da região sul do Brasil e pessoas acometidas por SCA ou por ICC e seus/suas eventuais acompanhantes¹⁷. O *corpus* da pesquisa é composto por 25 interações gravadas em áudio e em vídeo no período entre 10 de julho e 19 de setembro de 2013. A transcrição das interações deu-se com base nas convenções propostas por Jefferson (1974) e adaptadas pelo grupo de pesquisa A Fala-em-interação em Contextos Institucionais e Não-Institucionais (FEI)¹⁸, coordenado pela Professora Doutora Ana Cristina Ostermann, a partir das convenções propostas no documento *Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2* (GAT2). O total de interações advém da decisão de compor um *corpus* com a gravação de cinco encontros com profissionais das cinco áreas que integram a equipe multidisciplinar que atende aos/às pacientes cardiopatas aptos/as a participarem dos programas educativos Maxcárdio, quais sejam: medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia e psicologia. Ao todo, fizeram parte da pesquisa 12 participantes profissionais, conforme especificado no quadro 3:

Quadro 3 – Número de participantes profissionais por gênero e área de atuação

Área de atuação	Gênero	Número de profissionais por área
Medicina	Masculino	4
Enfermagem	Feminino	4
Nutrição	Feminino	2
Fisioterapia	Masculino	1
Psicologia	Feminino	1

Fonte: Elaborado pela autora.

Afora as áreas de medicina e enfermagem, o número reduzido de participantes profissionais das outras áreas explica-se pela própria configuração da equipe multidisciplinar atuante nos programas Maxcárdio SCA e ICC à época da coleta de dados. Enquanto nas áreas da medicina e da enfermagem havia um número maior de profissionais que atendiam aos/às pacientes SCA e ICC, nas áreas da fisioterapia e da nutrição, havia um número menor de profissionais que trabalhavam com esses/essas pacientes. Além disso, muitos/as do/as profissionais dessas áreas que compunham o quadro funcional da instituição encontravam-se em regime de estágio acadêmico e não estavam, necessariamente, familiarizados/as com os programas educativos da instituição da maneira como os/as profissionais que respondem pelas

¹⁷ Agradeço a minha orientadora, Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann, por ter proporcionado que eu assumisse a demanda de realizar este estudo, a partir do convite da instituição pesquisada.

¹⁸ As convenções de transcrição encontram-se ao final do trabalho (Anexo A).

áreas relataram estar. Dessa feita, optou-se por gravar interações que tivessem como representantes institucionais profissionais que referiram familiaridade com os procedimentos adotados pela instituição para a execução da tarefa de orientar pacientes SCA e ICC, i.e., duas profissionais da área da nutrição e um profissional da área da fisioterapia. No caso da área de psicologia, os encontros gravados tiveram como representante institucional uma estagiária em psicologia que era, à época da pesquisa, a única profissional da área alocada para conversar com os/as pacientes cardiopatas aptos/as a participar dos programas educativos.

Em termos de pacientes e acompanhantes, o número total é de 17, dos quais 10 são homens e 7 são mulheres. Cabe informar que 100% do número de pacientes encontravam-se internados sob a autorização dos seus convênios médicos e, com exceção de quatro pacientes, o restante ocupava leitos semiprivativos. Para maior detalhamento quanto aos/às participantes em relação ao gênero e *status* nas interações (i.e., pacientes ou acompanhantes), veja-se o quadro 4.

Quadro 4 – Número de participantes leigos/as divididos/as por gênero e *status* nas interações (i.e., pacientes ou acompanhantes)

<i>Status</i>	Gênero	Número
Pacientes SCA	Masculino	7
Pacientes ICC	Masculino	3
Pacientes SCA	Feminino	1
Pacientes ICC	Feminino	2
Acompanhantes	Feminino	4

Fonte: Elaborado pela autora.

Visando, ainda, a uma maior compreensão sobre os dados que servem de base para a pesquisa, apresenta-se o Quadro 5, com o intuito de mostrar como se deram os arranjos dos encontros em termos de quais profissionais de que áreas conversaram com quais pacientes e acompanhantes. Cabe informar que os nomes constantes no quadro são todos fictícios. Constam no quadro, também, o tempo de duração dos eventos e a soma do total de horas gravadas em vídeo¹⁹.

¹⁹ Há uma pequena diferença em segundos entre o período total de horas gravadas em vídeo em comparação com o total de horas gravadas em áudio (6h09min56seg). Essa diferença é devida ao espaço de tempo transcorrido entre acionar a câmera de vídeo e o gravador de voz. Importa afirmar que essa diferença não implica prejuízo aos dados coletados em termos analíticos.

Quadro 5 – Informações sobre o *status* dos/as participantes da pesquisa e o tempo de duração das gravações de cada evento

Nome fictício do/a profissional	Área de atuação	Nome fictício do/a paciente	Tipo de cardiopatia	Nome fictício dos/as acompanhantes	Tempo de duração do encontro
Alberto	Medicina	Sueli	ICC	Gabriela (filha)	19min18seg
Alberto	Medicina	José Mário	SCA	Leila (esposa)	10min43seg
Frederico	Medicina	Lígia	ICC	Valéria (cuidadora)	10min40seg
Caetano	Medicina	Fausto	SCA	Elisa (esposa)	13min04seg
Lauriano	Medicina	Miriam	SCA	-	10min06seg
Luciane	Enfermagem	Lígia	ICC	Carla (cuidadora)	28min08seg
Sabine	Enfermagem	Miguel	SCA	-	06min12seg
Sabine	Enfermagem	Miriam	SCA	-	07min48seg
Marta	Enfermagem	Sueli	ICC	Gabriela (filha)	19min24seg
Priscila	Enfermagem	Jacques	SCA	-	03min16seg
Lavínia	Nutrição	Miguel	SCA	-	03min51seg
Lavínia	Nutrição	Cléber	ICC	-	13min09seg
Lavínia	Nutrição	Sueli	ICC	Gabriela (filha)	09min42seg
Leia	Nutrição	Lígia	ICC	Carla (cuidadora)	25min25seg
Leia	Nutrição	José Mário	SCA	Leila (esposa)	11min37seg
Marcos	Fisioterapia	Lígia	ICC	Carla (cuidadora)	11min53seg
Marcos	Fisioterapia	Severo	SCA	-	13min32seg
Marcos	Fisioterapia	Miriam	SCA	-	10min36seg
Marcos	Fisioterapia	Vinícius	ICC	-	11min25seg
Marcos	Fisioterapia	Cleber	ICC	-	14min02seg
Mariane	Psicologia	Clóvis	SCA	-	25min02seg
Mariane	Psicologia	Miriam	SCA	-	24min58seg
Mariane	Psicologia	Nelson	SCA	-	14min26seg
Mariane	Psicologia	Lígia	ICC	Carla (cuidadora)	11min46seg
Mariane	Psicologia	Dênis	ICC	-	16min31seg
Total de horas gravadas em vídeo					6h09min56seg

Fonte: Elaborado pela autora.

Esta tese foi desenvolvida observando-se todos os preceitos éticos exigidos em situações de pesquisas com seres humanos. Desse modo, o projeto que deu origem à tese tramitou pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), à qual o Programa de Pós-graduação em Linguística Aplicada está vinculado e, também, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição pesquisada. Após a aprovação em todas as instâncias, o projeto foi inserido na Plataforma Brasil²⁰ e recebeu o parecer consubstanciado de número 268.614 em 9 de maio de 2013 (CAAE 15033513.9.3001.5328). Além disso, apresentou-se a todos/as os/as participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido²¹ (TCLE), assegurando-lhes a preservação das suas identidades por meio de medidas como substituição de seus nomes reais por nomes fictícios, modificação de dados de endereço, bem como alteração de nomes de cidades, instituições, estabelecimentos comerciais ou de qualquer outro dado que possa identificar os/as participantes do estudo.

Uma vez que as conversas foram gravadas em áudio e em vídeo, tomou-se o cuidado de anonimizá-las, não somente ao proceder à transcrição dos dados, mas também ao manipular sons e imagens que possam incorrer na revelação das identidades pessoais e institucionais dos/as participantes em situações de exposição acadêmica dos dados. Além disso, assegurou-se aos/às participantes o pleno direito de recusar participação na pesquisa, mesmo *a posteriori*.

Em termos de procedimentos de coleta de dados, a gravação em áudio deu-se por meio de um gravador de voz, geralmente, colocado em posição intermediária entre os/as participantes, de modo a capturar, da maneira mais inteligível possível, as falas produzidas no momento do encontro. Sobre o uso de gravações em vídeo de eventos de fala-em-interação para propósitos de pesquisa, cabem algumas considerações. Estudiosos/as (ALBRETCH, 1985; SHRUM; DUQUE; BROWN, 2005) concordam que as decisões sobre o quê filmar, quando e por quanto tempo filmar e a maneira de posicionar a câmera, entre outros aspectos, são escolhas feitas pelo/a pesquisador/a que tendem a influenciar o modo de olhar para os dados. Assim, apesar de todos os cuidados para evitar categorizações apriorísticas, não se pode ser ingênuo/a a ponto de imaginar que o/a pesquisador/a está totalmente incólume de uma análise, em certa medida, “contaminada” por uma visão ética.

²⁰ Base nacional e unificada de registro de pesquisas envolvendo seres humanos vinculada ao Sistema Nacional de Informação Sobre Ética Em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP), órgão controlado pelo Ministério da Saúde.

²¹ A redação dos TCLEs, que se encontram nos Apêndices A e B, ao final do trabalho, foi inspirada em outros TCLEs elaborados pela professora doutora Ana Cristina Ostermann.

No que tocam as escolhas pelo posicionamento da câmera durante as gravações efetuadas para esta pesquisa, a decisão sobre o quê filmar obedeceu ao critério de instalar o tripé de modo que as lentes das câmeras conseguissem focar todos/as os/as participantes em um plano americano²² em ângulo $\frac{3}{4}$ ²³ de maneira²⁴ a capturar, na medida do possível, as expressões faciais, o direcionamento do olhar, o gestual dos membros superiores e da cabeça dos/as interagentes. Ainda em relação ao modo como os dados para esta tese foram coletados, Heath, Hindmarsh e Luff (2011) argumentam que o uso de gravações em vídeo em pesquisas qualitativas que almejam o escrutínio das ações realizadas pelos/as atores/as sociais pode ser comparado ao uso do microscópio na área da biologia, pois a gravação em vídeo “parece prover, na pior das hipóteses, um complemento às técnicas mais convencionais de coleta de informações [e], no mínimo, um profundo realinhamento nas maneiras pelas quais nós analisamos a atividade humana”²⁵. (HEATH; HINDMARSH; LUFF, 2011, p. 3, tradução nossa). Nesse aspecto, comunga-se com posicionamento de Goodwin²⁶ (2000a, p. 1492, tradução nossa) de que

os filetes de falas ganham seu poder como ação social via seus posicionamentos dentro de estruturas sequenciais maiores, abrangendo atividades, arranjos de estruturas sociais e estruturas de participação constituídas por meio de demonstrações de orientações mútuas feitas pelos corpos dos atores/as. [...] O corpo humano é feito publicamente visível como um sítio para uma gama de tipos estruturalmente diferentes de demonstrações implicadas na constituição da ação do momento.²⁷

Assim, uma vez que se dispõe de imagens de vídeo, a análise de dados leva em consideração o posicionamento dos corpos, bem como as expressões faciais e corporais dos/as participantes, quando se percebe que essas *configurações contextuais* (GOODWIN, 2000a, p. 1490) estão fortemente implicadas na constituição da ação sendo produzida em conjunto com a fala ou, até mesmo, em seu lugar.

²² A figura humana é enquadrada do joelho para cima.

²³ A câmera forma um ângulo de aproximadamente 45 graus com o nariz da pessoa sendo gravada.

²⁴ <http://www.primeirofilme.com.br/site/o-livro/enquadramentos-planos-e-angulos/> (acesso em 24/04/2014).

²⁵ “[...] seem to provide, at worst, a complement to the more conventional techniques for gathering information [and], at best, a profound realignment in the ways in which we analyze human activity.”

²⁶ Agradecemos à professora doutora Cristiane Schnack pela sugestão de incorporar explicações sobre embasamento para a análise de recursos multimodais apresentadas.

²⁷ “The strips of talk gain their power as social action via their placement within larger sequential structures, encompassing activities, social structures arrangements, and participation frameworks constituted through displays of mutual orientation made by the actors’ bodies. [...] The human body is made publicly visible as the site for a range of structurally different kinds of displays implicated in the constitution of the action of the moment.”

Em função de variáveis tais como acerto prévio com os/as participantes profissionais e número excessivo de pessoas nos quartos²⁸, nem todas as gravações foram realizadas obedecendo os mesmos critérios. Houve encontros em que a pesquisadora esteve presente durante as gravações e encontros em que isso não aconteceu. Por exemplo, em nenhum dos encontros da psicóloga Mariane e do fisioterapeuta Marcos a pesquisadora ficou nos quartos, por uma questão de acerto prévio com o/a profissional. Da mesma forma, a pesquisadora ausentou-se do quarto quando da gravação do encontro entre o médico Caetano e o paciente Fausto. Nesse último caso, a ausência da pesquisadora procedeu-se devido ao fato de que havia outras pessoas além dos participantes da pesquisa no quarto e, em função do tamanho do tripé utilizado para a filmagem, o espaço para a movimentação dessas pessoas encontrava-se reduzido. Além desses, os encontros entre as nutricionistas Lavínia e Leia e os/as pacientes atendidos/as por elas, com exceção do ocorrido entre a nutricionista Lavínia e o paciente Miguel, também foram gravados sem a presença da pesquisadora no quarto. Isso se deu em razão de ter sido essa a condição imposta por tais profissionais para que aceitassem participar das filmagens. No caso da interação entre a nutricionista Lavínia e o paciente Miguel, no momento em que a pesquisadora estava saindo do quarto, a profissional voltou atrás e disse que não havia problema em ter a sua presença durante a filmagem. Das 25 interações gravadas, 11 contaram com a presença da pesquisadora nos quartos e 14 não.

Algumas implicações surgem a partir do fato de haver a presença ou não da pesquisadora no momento da gravação dos encontros. Em primeiro lugar, pode-se alegar que a estada da pesquisadora seria mais um elemento, além da câmera de vídeo e do gravador de voz, a constranger as ações dos/as participantes, o que remonta ao paradoxo do/as observador/a. (LABOV, 1972). Todavia, pode-se perceber, até mesmo pelas imagens de vídeo e pelo áudio das conversas, que os/as participantes, tanto os/as profissionais quanto os/as pacientes e acompanhantes, uma vez envolvidos/as nas realizações das tarefas à mão, na maior parte das vezes, mostraram-se à vontade, inclusive, no caso dos/as pacientes, para falar sobre assuntos de foro íntimo.

Cabe informar, ainda, que a edição em termos de recortes dos excertos selecionados para a pesquisa foi realizada por meio do programa Windows Media Player e a anonimização das imagens foi realizada por meio do programa Photoscape²⁹ utilizando-se o recurso *borda*. Em alguns momentos optou-se por utilizar imagens em formato de fotografia. Nesses casos,

²⁸ Algumas vezes, a gravação deu-se em quartos semiprivativos e, em algumas ocasiões, além do/a paciente, do/a acompanhante do/a paciente e do/a profissional, o/a companheiro/a de quarto do/a paciente estava acompanhado/a de uma ou mais pessoas na hora em que a interação estava sendo gravada.

²⁹ Agradecemos à professor doutora Cristiane Schnack pela sugestão do programa de edição.

as fotografias foram extraídas das imagens das gravações em vídeo. A escolha pelo uso de fotografias deu-se em circunstâncias em que se desejou exibir algum detalhe considerado importante para a análise de dados (e.g., movimento labial de algum participante) que não se mostra destacado quando se utiliza o editor de imagens Photoscape. Contudo, da mesma forma que nos casos em que o programa Photoscape foi utilizado, a anonimização dos dados foi assegurada em circunstâncias de uso de fotografias como recurso analítico.

O modo de pensar em como as filmagens podem trazer contribuições em termos analíticos reflete na decisão de assumir, em conjunto com a abordagem teórico-metodológica da AC (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974; SACKS, 1992), a perspectiva analítica adotada pela Linguística Interacional (COUPER-KUHLEN, SELTING, 1996; FOX et al., 2013) inspirada na teoria da contextualização de Gumperz (1982, 1992). Para argumentar em favor dessa decisão, recorre-se às palavras de Selting e Couper-Kuhlen (1996, p. 2, tradução nossa):

[se de um lado, a teoria etnometodológica da AC] sustenta que o significado interativo é quase que exclusivamente uma questão de negociação entre participantes com base nos sistemas de gerenciamento local tais como tomadas de turno, sequências de pares adjacentes e reparo, [por outro lado, a teoria da contextualização] argumenta que na constituição do mesmo significado interativo a orientação e a negociação dos processos inferenciais via prosódia e outras pistas de contextualização desempenham um papel crucial.³⁰

Assim, a análise proposta leva em consideração aspectos sequenciais da conversa (i.e., tomada de turnos, pares adjacentes, organização de reparo e de preferência etc.) e aspectos suprasegmentais e extralinguísticos (i.e., prosódia, gestos, olhares, posicionamentos corporais). A escolha dessa linha investigativa dá-se pelo propósito do estudo em tomar como base “os métodos usados pelos membros para produzir atividades como observáveis e reportáveis”³¹ (SILVERMAN, 1998, p. 63, tradução nossa), incluindo a movimentação de corpos e manipulação de objetos. Desse modo, entende-se que a natureza dos dados demanda a incorporação da perspectiva linguístico-interacional de forma a abarcar também a investigação dos elementos semióticos disponibilizados pelos/as participantes na coconstrução do evento de interesse, pois concordamos com o argumento de Couper-kuhlen e Selting (1996, p. 21, tradução nossa) de que “alocado em seu contexto de uso, a linguagem ‘significa’, i.e., sugere interpretações, por meio de uma complexa interação de formas verbais [e não verbais] com o contexto e fatores

³⁰ “maintains that interactive meaning is almost exclusively a matter of negotiation between participants on the basis of local management systems such as turn-taking, adjacency-pair sequencing and repair, [whereas] contextualization theory argues that in the constitution of the same interactive meaning the steering and negotiation of inferential processes via prosodic and other contextualization cues play a crucial role.”

³¹ “[...] the methods members use to produce activities as observable and reportable”.

situacionais”³². Desse modo, importa esclarecer que realizou-se a análise de dados com base na transcrição, porém, sempre acompanhada dos arquivos das gravações em áudio e, nesse caso, em vídeo, uma vez que os áudios constituem os dados básicos sobre os quais o/a analista deve debruçar-se. (PSATHAS, ANDERSON, 1990).

Tendo-se informado sobre os dados que servem à tese, bem como os procedimentos metodológicos adotados no estudo e suas implicações analíticas, antes de proceder à análise das interações propriamente dita, exploram-se os modos de organização das sequências de ações implementadas pelos/as interlocutores/as dos encontros em que os programas educacionais Maxcárdio são colocados em prática. Entender como os encontros em que os referidos programas são levados a cabo se organizam em termos de sequências de ações, i.e., suas organizações macroestruturais (CORONA, 2009; MAYNARD, 1984), contribui para a análise de dados na medida que um dos objetivos dos/as analistas da conversa é justamente descrever ocorrências de ações implementadas que fazem certas conversas serem reconhecidas como pertencendo a um tipo de evento interacional. A descrição da organização sequencial de ações de um certo tipo de evento interacional também faz revelar o mandato institucional do encontro, ou seja, a principal tarefa a ser realizada na e por meio da fala-em-interação em uma conversa (CORONA, 2009; MAYNARD, 1984), tópico também abordado na próxima seção. Conhecer os modos como os encontros de interesse organizam-se em termos macroestruturais e os mandatos institucionais dos eventos investigados significa munir-se de subsídios que podem contribuir para a sustentação da análise de dados. (ARMINEN, 2005).

4.1 Organização Macroestrutural e Mandatos Institucionais dos Encontros Maxcárdio

De acordo com que foi exposto até esse momento, pode-se dizer que a aspiração dos programas Maxcárdio, como um todo, é prover informação ao/à paciente sobre a sua doença e procurar educá-lo/la (bem como seus/suas eventuais acompanhantes) para a importância do autocuidado, especialmente no tocante aos fatores de risco que podem incidir no agravamento da doença, na perda de qualidade de vida e em eventuais reincidências de internações hospitalares. A educação dos/as pacientes para as medidas de autocuidado concretiza-se, em grande medida, por meio de recomendações sobre o que fazer e o que não fazer para controlar a doença. Porém, há que se levar em conta que os encontros entre os/as profissionais da equipe multidisciplinar e pacientes diferem entre si no que se refere aos assuntos abordados. Desse modo, faz-se relevante

³² “[...] placed in its context of use, language ‘means’, i.e., suggests interpretations, through a complex interaction of verbal forms with contextual and situational factors.” (tradução livre, ênfase das autoras).

descrever como se dá a organização macroestrutural (DREW; HERITAGE, 1992) dos encontros em que os/as profissionais da equipe procedem à aproximação aos/às pacientes para efetivar as ações educativas previstas pelos programas Maxcárdio.

O conceito de organização macroestrutural de um evento discursivo condiz com a maneira como as tomadas de turnos de fala organizam-se em uma conversa. Assim, em conversas cotidianas, as trocas de turnos que marcam as sequências de abertura e de fechamento das interações são as únicas partes mais ou menos previsíveis desse tipo de evento discursivo. (SCHEGLOFF; SACKS, 1973; SCHEGLOFF, 1968). Diferentemente dessas, nas conversas em que os/as interlocutores/as orientam-se para realizar alguma atividade de natureza institucional (e.g., uma consulta médica, uma entrevista de emprego, uma compra de medicamentos por telefone etc.), é comum que as atividade sejam interacionalmente realizadas dentro de uma ordem preestabelecida. (CORONA, 2009; DREW; HERITAGE, 1992). Em uma entrevista de emprego, por exemplo, as trocas de turnos que marcam a sequência interacional em que se negocia questões salariais geralmente ocorre apenas após trocas de turnos em que as partes auto identificam-se, discutem as habilidades do/a candidato/a e conversam sobre a disponibilidade do/a aspirante ao cargo oferecido.

Assim como ocorre em outras circunstâncias de conversas institucionais, a análise dos eventos de fala-em-interação que formam o *corpus* desta pesquisa demonstra que os/as profissionais da equipe multidisciplinar dos programas Maxcárdio executam as tarefas que envolvem a orientação para a alta dos/as pacientes (e/ou eventuais acompanhantes) por meio da fala-em-interação dentro de uma sequência regular. No caso dos profissionais das áreas de enfermagem, fisioterapia e nutrição, podemos observar que a sequência da execução das tarefas ou, em outras palavras, a organização macroestrutural dos encontros, coincide com a maneira como os assuntos a serem abordados com os/as paciente encontram-se dispostos nos manuais Maxcárdio SCA e ICC. Assim, verifica-se que há três fases que compõem os encontros entre os/as profissionais dessas áreas e pacientes (e/ou eventuais acompanhantes), quais sejam: (a) abertura; (b) abordagem sobre informações trazidas no manual; (c) fechamento.

Na fase (a), as ações interacionais incluem saudar o/a paciente (e eventuais acompanhantes), autoidentifica-se e informar sobre o motivo do encontro. Na fase (b), o plano maior de ação (LEVISNON, 2013) mostra-se selecionar tópicos elencados no manual condizente com a cardiopatia do/a paciente interlocutor/a local. Importante ressaltar que, afora uma profissional de enfermagem que realizou a abordagem procedendo à leitura *ipsis literis* dos itens do manual, em muitos momentos, os/as profissionais das áreas em questão

procedem à abordagem sobre o manual de modo a retextualizar seu conteúdo escrito (MARCUSHI, 2001; PEREIRA, 2013). Dito de outra forma, muitas vezes, os profissionais oralizam as informações escritas no livreto a partir de escolhas lexicais próprias³³. Outra ação que emerge também na fase (b), embora não em todas as interações analisadas, é a de solicitar dúvidas que os/as pacientes possam ter a partir do que dos tópicos abordados³⁴.

Por fim, cabe ainda informar que, não obstante as fases dos encontros em que participam profissionais das áreas supracitadas sejam as mesmas, no que tange à fase (b), cada profissional envolvido/a nos programas Maxcárdio aborda assuntos constantes dos manuais relativos às suas áreas de atuação (i.e., enfermagem, nutrição, e fisioterapia). Os assuntos comumente abordados pelos/as profissionais de cada área específica encontram-se listados nos quadros 6 e 7.

Quadro 6 – Assuntos tratados pelos/as profissionais das áreas da enfermagem, fisioterapia e nutrição na fase (b) dos encontros com pacientes acometidos por ICC

Programa Maxcárdio Insuficiência Cardíaca Congestiva
Enfermagem - Orientações gerais: Adesão e organização para o tratamento Controle diário do peso Monitoramento da pressão arterial Bebidas alcóolicas, tabagismo e anti-inflamatórios Atividade sexual Vacinação Periodicidade das consultas Piora dos sintomas (O que fazer?) Clínicas especializadas
Fisioterapia - Orientações para a reabilitação: Na fase I: durante a hospitalização Na fase II: no pós-alta Na fase III: no restabelecimento da rotina Na fase IV: exercícios em casa
Nutrição - (i) Dietas: Hipossódica Rica em fibras Pobre em gordura/colesterol (ii) Restrição hídrica (controle de ingestão de líquidos)

Fonte: Elaborado pela autora.

³³ Nesse aspecto, embora a ação de retextualizar os tópicos do manual evidencie um certo tipo de ajuste de fala (SACKS, SCHEGLOFF, JEFFERSON, 1974; SACKS, 1992) por parte dos/as profissionais ao abordarem pacientes, tópico analítico em foco nesta tese, a retextualização do conteúdo do manual não se configura uma ação capaz de particularizar a fala de modo como particularização é entendida na tese, conforme discute-se no Capítulo 5.

³⁴ Veja-se a discussão sobre essa ação no Capítulo 5.

Quadro 7 – Assuntos tratados pelos/as profissionais das áreas da enfermagem, fisioterapia e nutrição na fase (b) dos encontros com pacientes acometidos por SCA

Programa Maxcárdio Síndrome Coronariana Aguda
Enfermagem - Prevenção dos fatores de risco: Colesterol Obesidade Hipertensão arterial sistêmica Sedentarismo Tabagismo Diabetes Estresse
Fisioterapia – (i) Cuidados especiais: Retorno às atividades normais Atividades que demandam esforço (e.g., subir escadas) Caminhadas (ii) Programas de reabilitação cardíaca
Nutrição - (i) Dietas: Hipossódica Rica em fibras Pobre em gordura/colesterol (ii) Alimentos: Ricos em ômega 3 Ricos em ômega 9, vitamina E e polifenóis Ricos em antioxidantes Considerados de risco para pacientes cardiopatas

Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme previamente mencionado, observa-se que é comum os/as profissionais não médicos/as procederem à tarefa de preparar os/as pacientes para a alta hospitalar utilizando os manuais Maxcárdio como uma espécie de roteiro acerca dos assuntos a serem abordados. Essa informação é importante na medida em que se percebe que esses/as profissionais produzem falas que demonstram orientação para tratar sobre as boas práticas de saúde elencadas nos manuais sem levar em conta as tentativas, sucessos ou fracassos dos/a pacientes em relação a uma ou outra prática. A orientação dos/as profissionais para cumprir o mandato institucional do programa, i.e., proceder à orientação educacional do/a paciente sem considerar suas experiências prévias em relação às práticas de saúde em pauta na conversa gera consequências para a maneira como os/as doentes (e/ou eventuais acompanhantes) respondem às suas falas, conforme se poderá constatar a partir das análises apresentadas nos Capítulos 5 a 8.

Em contrapartida, a organização macroestrutural dos encontros entre os/as médicos/as e pacientes (e eventuais acompanhantes) difere da organização macroestrutural dos encontros que envolvem os/as profissionais não médicos. Uma razão para isso se mostrar assim é o fato de que, não obstante os/as médicos/as também façam recomendações por medidas de autocuidado, o mandato institucional dos encontros, nesse caso, consiste em efetuar a alta hospitalar. Constata-se, com base em análise de dados que esses encontros, diferentemente

dos encontros previamente discutidos, organizam-se em oito fases, quais sejam: (a) abertura; (b) recapitulação do motivo da internação; (c) informação sobre o que ocorreu durante a internação; (d) recapitulação dos exames realizados; (e) informação sobre o estado de saúde corrente do/a paciente; (f) anúncio da alta; (g) prescrições e recomendações; (h) fechamento. Cabe informar ainda que, nos cinco encontros entre médicos/as e pacientes (e/ou eventuais acompanhantes) gravados para esta pesquisa, todas as fases mencionadas estão presentes, porém nem sempre a realização das atividades obedeceram à sequência aqui descrita. Ainda em termos comparativos, as falas dos/as médicos/as, nessas interações, mostram-se desatreladas dos manuais, mesmo que partes das recomendações oferecidas por eles/elas no tocante às medidas de autocuidado constem nos livretos.

De forma semelhante, os encontros em que a psicóloga do programa entra em ação se mostram mais híbridos em termos de assuntos tratados na interação. Talvez isso se dê pela própria característica do mandato institucional desses eventos, i.e., procurar saber o que aflige os/as pacientes para poder aconselhá-los/as. Em termos de organização macroestrutural, os encontros com a psicóloga também se mostram compostos por fases que lhes são características, a saber: (a) abertura; (b) informação sobre o papel da psicologia em um programa de educação ao/à paciente cardiopata; (c) pergunta sobre como o/a paciente está se sentindo e se havia algo que o/a importunasse antes da internação; (d) busca de informação sobre a existência de rede de apoio ao/à doente, i.e., pessoas com a quais o/a paciente possa contar para auxiliá-lo/a no pós-alta; (e) fechamento.

Tendo-se apresentado a organização macroestrutural e os mandatos institucionais dos encontros Maxcárdio, passa-se ao primeiro capítulo analítico em que se discute a (não) particularização das conversas que giram em torno de recomendações e prescrições sobre medidas de cuidados de saúde no pós-alta no contexto investigado.

5 O ESFORÇO DE IR PRIMEIRO: TURNOS DE FALAS EM PRIMEIRAS POSIÇÕES QUE (POTENCIALMENTE) PARTICULARIZAM A CONVERSA NOS ENCONTROS MAXCÁRDIO

Como será mostrado por meio da análise de dados, o plano maior de ação (LEVINSON, 2013) dos eventos interacionais dos programas educacionais Maxcárdio é preparar pacientes SCA e ICC para a alta hospitalar. Essa tarefa consiste em recomendar medidas de autocuidado de saúde³⁵. A oferta de recomendações nesse contexto, entretanto, não é feita a partir da apresentação de problemas particulares por parte de pacientes, tal como acontece em situações de recomendações em outros contextos já investigados por analistas da conversa. (e.g., COSTELLO, ROBERTS, 2001; HUDAK; CLARK; RAYMOND, 2010; KOENIG, 2011; ROBINSON, 2003; STIVERS, 2002, 2003, 2005a, 2005b, 2006, entre outros). Ao contrário, no contexto aqui estudado, os/as profissionais da equipe Maxcárdio abordam pacientes para fazer recomendações que constam nos manuais Maxcárdio SCA e ICC sem que esse serviço (i.e., alguma recomendação) tenha sido requisitado pelos/as enfermos/as. Além disso, a abordagem acontece sem que os/as pacientes tenham explicitado seus hábitos de (des)cuidados de saúde ou que esse tópico tenha sido trazido à tona na conversa pelo/a profissional da equipe Maxcárdio.

Nesse sentido, observa-se que há ausência de ambiente interacional favorável (MAYNARD; SCHAEFFER; FREESE, 2011) para a oferta de recomendações de boas práticas de saúde de modo que a (re)orientação ao/à paciente vá ao encontro de suas supostas necessidades ou lacunas de informação sobre como autogerenciar seu estado de saúde. Em especial, essa última observação mostra-se relevante porque está no cerne da questão que se discute neste capítulo, qual seja: a particularização de recomendações a favor de medidas de autocuidado de saúde durante as conversas entre profissionais da equipe Maxcárdio e pacientes cardiopatas hospitalizados/as.

Em termos gerais, parte da ação de particularizar uma conversa está atrelada à ação de ajustar a fala ao/à interlocutor/a. (ALMEIDA, 2009; SACKS, 1992; SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974). Conforme discutido anteriormente neste trabalho, cada vez que uma pessoa engaja-se em uma conversa com outra(s) pessoa(s), ela demonstra ajustar (ou demonstra procurar ajustar) a sua fala àquele/a interlocutor/a (ou

³⁵ Para informações detalhadas sobre as medidas de autocuidados de saúde recomendadas por cada área integrante do programa educacional Maxcárdio, veja-se o Capítulo 2.

interlocutores/as) em particular. Exemplos de ajustes de fala podem ser evidenciados pelas escolhas lexicais de uma pessoa ao se referir à outra (e.g., o senhor, meu bem, ô meu etc.). O ajuste de fala também remete à observação de Sacks (1992, p. XV, tradução nossa) de que o/a falante não deve “dizer ao/à recipiente o que ele/ela já sabe”³⁶. Nesse aspecto, é comum o/a falante produzir sua fala de maneira a tornar evidente que o que está sendo dito possui como pessoa(s) endereçada(s) aquela(s) que desconhece(m) o evento em pauta e não aquela(s) que já sabe(m) sobre o evento feito relevante no turno de fala produzido. Em suma, a fala ajustada ao/à interlocutor/a é um princípio omnipresente na fala-em-interação e opera na camada de fatores tais como: (a) seleção lexical e de tópico; (b) ordem sequencial dos turnos de fala; (c) alinhamento normativo de ações (e.g., após uma pergunta, segue-se uma resposta; após uma saudação, segue-se outra saudação em retorno etc.); (d) direitos e obrigações para iniciar ou terminar a interação ou para mudar o tópico da conversa, entre outros. (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974).

No contexto Maxcárdio, o ajuste da fala ao/à interlocutor/a e a *particularização* da conversa – da qual se trata neste trabalho – estão em posições análogas a de um torno de oleiro. O ajuste da fala corresponde à base do torno. Em termos interacionais, isso significa que o ajuste ocorre no nível da demonstração de engajamento dos/as profissionais com os/as pacientes (e/ou acompanhantes) que são seus/suas interlocutores/as circunstanciais, tal qual ocorre em qualquer outra conversa no mundo. Percebe-se o ajuste da fala dos/as profissionais nessa camada interacional quando, por exemplo, eles/elas selecionam nomes próprios para se dirigir aos/às pacientes ou quando selecionam a doença da qual o/a paciente é portador/a como tópico a ser tratado na conversa.

Para dar continuidade à metáfora do torno de oleiro mencionada anteriormente, a *particularização* da fala sobre a qual se discute nesta tese corresponde à modelagem da conversa. Dito de outro modo, a particularização de que se fala pressupõe a fala ajustada, sim, mas não se limita a isso, uma vez que ela depende de ações que demandam esforço interacional dos/as profissionais para: (a) se descolar da atividade de recomendar autocuidados de saúde em formato de anúncio de informações disponibilizadas nos manuais Maxcárdio e (b) aventar e, potencialmente, dissipar algum empecilho para a aceitação da recomendação proposta ou da prescrição feita. Além disso, é crucial para a potencial particularização das falas discutidas neste capítulo o fato de que são realizadas em primeiras posições. Nos termos da AC, isso significa produzir, por exemplo, asserções

³⁶ “[...] tell the recipient what they already know [...]”

e justificativas antes de qualquer outra pessoa engajada na conversa. De modo mais esclarecedor, conforme se discute a partir da análise de dados, a particularização da fala, no contexto estudado, passa pela produção de turnos que iniciam um curso de ação e não pela produção de turnos que respondem a alguma ação feita relevante no turno anterior. Sacks (1992) descreve a ação de produzir turnos de fala que iniciam um curso de ação, i.e., produzir falas em primeira posição, como *ir primeiro* na interação.

A fim de defender esse argumento, primeiramente, apresentam-se partes de conversas que mostram o padrão interacional adotado por profissionais não médicos/as da equipe para recomendar (às vezes, tacitamente) medidas de autocuidados de saúde aos/às pacientes SCA e ICC participantes do programa, qual seja: anúncio de informação disponibilizada nos manuais Maxcárdio. Alega-se que o padrão observado dificulta a realização de momentos particularizados de conversa. Em seguida, analisam-se partes de conversas nas quais se percebem os/as profissionais não médicos/as infringindo a regra normativa de preferência por falar em segunda posição (SACKS, 1992), ou seja, produzir turnos que respondam a uma primeira ação realizada pelo/a interlocutor/a no turno anterior. Discute-se que ao falar em primeira posição, os/as profissionais produzem falas inusitadas (LEVINSON, 1992), i.e., falas que fazem relevante algum tópico desviante da tarefa de anunciar informações contidas nos manuais. Argumenta-se que essas falas trabalham a favor de (potencialmente) particularizar momentos da conversa para além do princípio omnipresente da fala ajustada ao/à interlocutor/a. (SACKS, 1992; SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974).

A análise e discussão sobre como se dão os momentos de particularização no contexto estudado abarcam também conversas entre os/as profissionais médicos/as da equipe e doentes participantes do programa. As conversas que ocorrem nas consultas de alta são tratadas em uma seção separada porque a organização macroestrutural (CORONA, 2009; SCHEGLOFF, 2007; HAVE, 2007) e o mandato institucional³⁷ (CORONA, 2009; DREW; HERITAGE, 1992) dessas consultas mostram-se diferentes, em comparação com os encontros em que participam os/as profissionais não médicos/as da equipe Maxcárdio, i.e., enfermeiros/as, fisioterapeutas e nutricionistas.

Tendo-se delineado a organização do capítulo, passa-se à primeira subseção de análise de dados.

³⁷ Para maiores detalhes sobre a organização macroestrutural e o mandato institucional dos encontros Maxcárdio, veja-se Capítulo 4.

5.1 O Modo Interacional Maxcárdio: Abordagem em Formato de Anúncio de Informações sobre o Programa e Suas Consequências Interacionais

Conforme previamente mencionado, a abordagem dos/as profissionais não médicos/as da equipe Maxcárdio acontece sem que os/as pacientes tenham explicitado seus hábitos de (des)cuidados de saúde para efeitos de potencial necessidade, sob a perspectiva dos/as doentes, de (re)orientações com base em recomendações sobre o que fazer ou não fazer depois da alta hospitalar para controlar suas enfermidades. O fato dos/as pacientes não explicitarem de que modo eles/elas controlam suas doenças e nem manifestarem o desejo de conversar sobre tópicos dessa natureza antes de os/as profissionais abordarem as práticas de saúde recomendadas conflita com a possibilidade dos/as profissionais produzirem falas que vão ao encontro das necessidades dos/as doentes, conforme pode-se observar nos Excertos 1 e 2 (vejam-se as convenções de transcrição que constam no Anexo A, ao final da tese).

O Excerto 1 exibe um trecho da conversa entre a enfermeira Priscila e o paciente Jacques, hospitalizado por conta de uma cirurgia para colocação de uma ponte aorto-coronária (safena) com vistas a prevenir a ocorrência de um infarto eminente, segundo a avaliação do seu médico cardiologista³⁸. Priscila havia adentrado o quarto de Jacques momentos antes para medir sua pressão sanguínea, administrar-lhe os medicamentos prescritos em seu prontuário e verificar o curativo sobre a incisão em seu peito. Após a realização dessas tarefas, Priscila avisa a Jacques que irá buscar o manual Maxcárdio e retornará em seguida para conversar com ele sobre o programa educacional voltado para pacientes portadores/as de SCA (trecho não mostrado no excerto). O Excerto 1 inicia no momento em que Priscila retorna ao quarto com o manual e dá início à abordagem sobre o programa.

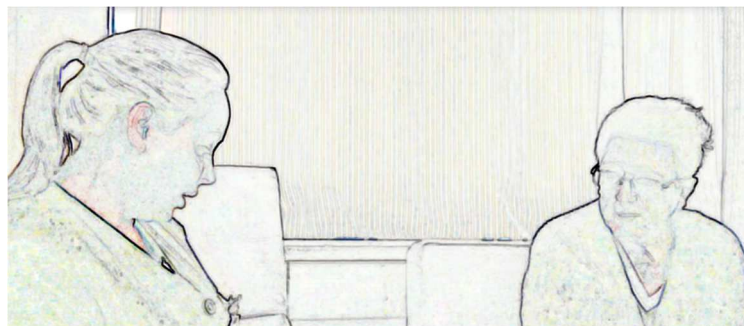
³⁸ Essa informação foi retirada da gravação em áudio e vídeo da conversa ocorrida entre o paciente Jacques e a psicóloga do programa Maxcárdio, que o atendeu durante a hospitalização.

Excerto 1 [HNS_Priscila_Jacques_17_07_13_tudo sobre a sua doença]

1 PRISCILA: tch en↓tão (1.0) seu >↑Jacques.< (.) eu vo- a- a me-
 2 a >menina< da- da psicologia já le::- já iniciô né:?
 3 JACQUES: [hm]
 4 PRISCILA: [já] li explicô o que que é o programa maxcárdio.
 5 JACQUES: sim.
 6 PRISCILA: então. ↑eu >como enfermeira.< venho le trazer agora
 7 o manuAL. (.) de educação do paciente e familiares.
 8 (.)
 9 PRISCILA: sobre a sua doença.
 10 (.)
 11 PRISCILA: tá?=
 12 JACQUES: =sim.
 13 PRISCILA: tão nesse manual aqui. (.) uma linguagem (.) bem ã::
 14 clara? (.) vai mostrá tudo tud- tudo sobre a sua
 15 doença.
 16 (.)
 17 PRISCILA: tudo o que o senhor precisa sabê. (.) sobre as suas
 18 dieta, so- sobre sua a::: (.) ã::: conduta física, o
 19 que que o senhor pode fazê de exercício físico, (.)
 20 as coisas que o senhor pode comê:, (.) ã os exames
 21 necessários que o senhor precisa fazê:, de quanto em
 22 quanto te:mpo, então tá ↑tudo escrito aqui.
 23 (.)

Após retornar ao quarto, com o manual Maxcárdio SCA e o prontuário do paciente em mãos, Priscila senta-se à poltrona ao lado de Jacques. Ela senta-se de lado, de modo que seu torço fica diagonalmente posicionado em relação ao paciente. Veja-se o posicionamento da enfermeira em relação ao do paciente na figura 3:

Figura 3 - Posicionamento da enfermeira Priscila (à esquerda) em relação ao paciente Jacques (à direita).



Fonte: Elaborada pela autora com base no Programa Photoscape.

Com o sentido do olhar direcionado para o próprio colo, onde o manual e o prontuário do paciente estão acomodados, Priscila articula os lábios projetando o início do seu turno de fala e, em seguida, profere o marcador discursivo “en↓tão” em tom descendente. O uso desse marcador em posição inicial de turno, sob uma perspectiva situada, opera como sinalizador de mudança de

enquadre. (GOFFMAN, 1974, 1981b). Em outras palavras, o uso do marcador sinaliza a interação sobre o programa Maxcárdio como um evento apartado dos outros eventos interacionais que ocorrem em situações em que a enfermeira está engajada em suas atividades profissionais corriqueiras. A saída dela do quarto para buscar o manual também pode ser interpretada como mais um indício de que a abordagem sobre o programa constitui um evento extraordinário, uma vez que ele não fora trazido juntamente com os outros materiais de enfermagem que ela levara consigo quando fora ao quarto de Jacques pela primeira vez (e.g., bandeja com medicamentos, aparelho medidor de pressão arterial, tesoura, esparadrapo, gaze etc.).

Após produzir o marcador discursivo e uma pausa de 1 segundo, Priscila produz um vocativo por meio da seleção de um pronome de tratamento e do prenome do paciente (“se:u >↑JA:cques.<”). Ao fazer isso, a enfermeira demonstra selecionar o paciente como seu interlocutor, i.e., o turno de fala projetado para vir em seguida é endereçado a Jacques e mais ninguém, embora haja mais pessoas no quarto – informação provida a partir das anotações no diário de campo da autora. Após várias iniciações de autorreparo (l. 1-2), i.e., várias tentativas de elaborar seu turno de fala, a enfermeira elabora sua fala e, ao final do turno, faz um pedido de confirmação (“né:?”; l. 2) sobre a psicóloga da equipe ter “explicado” a Jacques sobre o programa Maxcárdio, ao que o paciente confirma ter acontecido³⁹.

Na linha 6, Priscila, novamente, inicia seu turno com o marcador discursivo “então.”, agora operando como indexicalizador de continuidade entre a tarefa já executada pela psicóloga e a tarefa em que ela própria encontra-se engajada no momento, qual seja: conversar sobre o programa educacional Maxcárdio. Essa interpretação ganha substância à medida que, na parte subsequente do seu turno de fala, ela faz relevante sua identidade de enfermeira do programa e anuncia a informação de que vem trazer “o manuAL. (.) de educação do paciente e familiares. (.) sobre a sua doença.” (l. 6-9).

Anunciar informação é uma ação que não impõe tão fortemente ao/à interlocutor/a a produção de uma ação pareada em resposta. (SCHEGLOFF, 1968; 2007). No caso da interação em análise, nota-se que Jacques abstém-se da oportunidade para se autosselecionar como próximo falante (notem-se as micropausas representadas pela transcrição das linhas 8 e 10) e produzir alguma ação em resposta ao anúncio feito por Priscila. A enfermeira, então, autosseleciona-se como próxima falante e faz-lhe um pedido de confirmação (“tá?=", l. 11), ao que ele, em fala colada, responde positivamente (“=sim.”, l. 12).

³⁹ Note-se que fica evidente que o paciente Jacques fora abordado pela psicóloga da equipe antes de receber a visita da enfermeira para tratar sobre o programa Maxcárdio, o que conflita com a maneira protocolar prevista pela instituição pesquisada para proceder à abordagem a pacientes participantes do programa, conforme discutido no Capítulo 2.

Chama a atenção que a resposta de Jacques, na linha 12, mostra-se sua última participação nesse trecho da interação. A partir desse momento, Priscila anuncia informações sobre o conteúdo do manual. Ela articula o teor do que precisa ser sabido – sobre dietas, exercícios e exames – como sendo uma necessidade de obtenção de informações por parte de Jacques (“tudo o que o senhor precisa sabê. (.) sobre as suas dieta, sobre as suas dieta, so- sobre sua a::: (.) ã::: conduta física...”, l. 17-22). Observa-se que, nesse trecho da conversa, Priscila ajusta a fala ao seu interlocutor por meio: (a) da seleção lexical – e.g., o uso do prenome do paciente para referir-se a ele, bem como o uso do pronome de tratamento “senhor” e, ainda, dos pronomes possessivos “sua” e “suas” de modo a relacionar o conteúdo das informações do manual às supostas necessidades de Jacques; (b) da seleção do tópico da conversa – i.e., o programa Maxcárdio diz respeito a Jacques na medida em que ele é um paciente cardiopata SCA e (c) da seleção de Jacques como próximo falante ao fazer-lhe pedidos de confirmação (l. 2 e 11).

Apesar do ajuste que Priscila faz, demonstrando, assim, que sua fala está sendo produzida tendo Jacques como seu interlocutor, não se evidenciam ações interacionais por parte da enfermeira que propiciem a criação de ambiente favorável (MAYNARD; SCHAEFFER; FREESE, 2011) para um tipo de particularização que transcenda a camada da fala ajustada. A enfermeira não produz nenhuma ação de modo a mostrar a Jacques que ela está falando com ele especificamente e não fazendo uma fala que, aparte do uso do prenome e do pronome de tratamento, poderia servir a qualquer outro/a paciente portador/a de SCA hospitalizado/a na instituição.

Uma explicação para o não estabelecimento de um ambiente favorável (MAYNARD; SCHAEFFER; FREESE, 2011) para esse outro tipo de particularização, i.e., o tipo que transcende a fala ajustada, está no turno de fala em formato de anúncio de informação que Priscila produz para abordar Jacques sobre o programa Maxcárdio. Conforme discutido por Silverma, Peräkylä e Bor (1992), turnos de fala nesse formato privilegiam a identidade de ouvinte do/a coparticipante, pois não requerem do/a interlocutor/a nada além de respostas mínimas em retorno, (e.g., “sim”, “não”, “mhm”, “tá” etc.). Assim, muito pouco material interacional é gerado de modo a propiciar o desenvolvimento da conversa para além do par adjacente anúncio de informação–marcador de recebimento de informação. Percebe-se que é exatamente isso que acontece no caso da interação em análise. Jacques alinha-se à identidade de ouvinte das informações anunciadas por Priscila e, assim, não gera material interacional que possa ser usado subsequentemente por ela para particularizar as recomendações oferecidas pelo manual de acordo com a sua situação de saúde.

No contexto estudado, abordar pacientes por meio de anúncio de informações sobre o programa mostra-se um padrão interacional recorrente, conforme se pode observar também no Excerto 2. A interação em foco dá-se entre a enfermeira Sabine e o paciente Miguel, também portador de SCA. Esse paciente ingressou na unidade de emergência do hospital por conta de uma dor no peito. À época da internação, já havia sofrido um infarto. Também havia sido diagnosticado como portador de hipertensão arterial e encontrava-se sob tratamento medicamentoso com vistas ao controle da doença. Miguel foi hospitalizado a fim de realizar exames diagnósticos para verificar a necessidade de colocação de prótese cardíaca, mais especificamente, a colocação de *stents*. O Excerto 2 mostra a interação desde o seu início, quando a enfermeira entra no quarto, dispõe-se de pé à beira do leito de Miguel, saúda o paciente e se apresenta:

Excerto 2 [HNS_Sabine_Miguel_10_07_13_vou lhe entregá um manual]

1 SABINE: bom di:a senhor miguel da ↑costa tudo [be:m?]
 2 MIGUEL: [bom dia.]
 3 SABINE: >meu nome é sabine, eu sou enfermeira da unidade. sou
 4 responsável pelo turno da< manhã.
 5 (0.6)
 6 SABINE: ↑vim conversá um pouquinho com o senhor sobre o
 7 projeto maxcá:rdio >↑tá de insuficiência-< (.) de::
 8 >síndrome coronariana aguda<.
 9 (0.4)
 10 SABINE: que ↑é um projeto que trata en↑tã:o (0.4) de educação
 11 ao paciente e família. (.) >relacionado aos problemas
 12 cardíacos.<
 13 (0.7) ((paciente assente com a cabeça))
 14 SABINE: certo?
 15 (1.3)((paciente continua assentindo com a cabeça))
 16 SABINE: então? (1.0) num pri↑meiro ((enfermeira folheia o
 17 manual)) mo↓mento o manual trata <do programa>. fala-
 18 explica como é feito esse progra:ma, quem realiza o
 19 progra:ma, >en↓fim<
 20 (1.6) ((paciente desvia o olhar do manual e olha para
 21 a enfermeira))
 22 SABINE: o que que é a doença coronaria:na?
 23 (6.8) ((enfermeira folheia o manual))
 24 SABINE: >quais são< os métodos então:, terapêuticos pra essa
 25 patologia, (0.7) sobre a terapia fibrinolí:tica,
 26 >sobre os tratamentos com< ste:nts, (0.3) né? (.)
 27 >explica direitinho como é< fe:ito esses tratamentos.
 28 (1.8)((paciente assente com a cabeça))
 29 SABINE: ↑outro item bem importante outros si↑na:is
 30 para o reconhecimento de >choque cardi- ↑de um
 31 ataque< car↓dí:aco ↑né
 32 (0.6)((paciente assente com a cabeça))
 33 SABINE: então esses sinais, é importante que o senhor saiba
 34 para que qualquer (0.5) pre↓sença deles então
 35 procurar emergê:ncia?
 36 (.)((paciente assente com a cabeça))
 37 SABINE: ↑como reage um coração <enfarta:do>?
 38 (1.9) ((enfermeira folheando o manual))

39 SABINE: e também >um outro item< bem importante que é <↑como
 40 prevenir novos eventos cardíacos tratando dos fatores
 41 de ri:sco>.
 42 ((o anúncio de informações continua por vários
 43 turnos))

Algo que chama a atenção de imediato nesse excerto é a maneira como Sabine cumprimenta Miguel. Nota-se que ela seleciona “bom di:a” como termo de saudação e refere-se a ele com o emprego de um pronome de tratamento, enunciado em sua forma culta – compare-se o uso de “se:u”, articulado pela enfermeira Priscila, no Excerto 1, e o uso de “senhor”, feito por Aline – acompanhado do prenome e nome do paciente.

Embora, em um primeiro momento, possa supor-se que Sabine está orientada para a leitura do nome que consta no prontuário, nas imagens da gravação em vídeo, fica claro que isso não procede. Não há como saber, contudo, se a enfermeira havia lido o nome do paciente no prontuário antes de entrar no quarto. De qualquer modo, essa maneira de fazer saudação é raramente observada em situações interacionais cotidianas, mesmo em circunstâncias de conversas institucionais. Os padrões de saudação que mais se assemelham à maneira como Sabine cumprimenta Miguel são observados em estudos em AC de interações ocorridas por telefone entre operadores/as de *telemarketing* ativo e clientes (JUNG LAU; OSTERMANN, 2005), e entre atendentes de serviço de informações sobre a saúde da mulher e usuárias desse serviço. (OSTERMANN; SOUZA, 2009, 2012; PEREIRA, 2013). Não obstante, nas interações que servem aos estudos consultados, o padrão de cumprimento constatado constitui-se de um pronome de tratamento, articulado em sua forma culta, i.e., “senhor” ou “senhora”, e o prenome do/a coparticipante. Assim, o formato do turno de Sabine parece exacerbar a supressão da espontaneidade da interação, semelhantemente ao que Oliveira e Barbosa (2002) reportam ocorrer nas interações entre operadores/as de *telemarketing* e clientes.

Sob tal aspecto, a análise dessa parte da interação representa um daqueles momentos em que o/a pesquisador/a não encontra outra saída a não ser “abrir o coração” e expor a fragilidade da metodologia por meio da qual pretende sustentar seus argumentos. Explicando melhor, é sabido que a AC sustenta sua base teórico-metodológica na Etnometodologia (GARFINKEL, 1967), que prima pela análise êmica de dados – i.e., procura investigar os fenômenos interacionais e suas consequências para a organização sequencial da conversa sob a perspectiva dos/as participantes. (HAVE, 1999; SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974; SCHEGLOFF, 2007). Nesse sentido, não há indícios de que Miguel tenha recebido o cumprimento de Sabine com estranheza. Ao contrário, no que se refere à organização

sequencial da conversa, Miguel age de modo preferido (POMERANTZ, HERITAGE, 2013), retribuindo-lhe com o mesmo termo de saudação selecionado por ela (l. 2). Assim, o argumento de que Sabine extrapola a supressão de espontaneidade da interação baseia-se na natureza extraordinária da ocorrência do fenômeno. Justamente por fugir ao escopo analítico da AC, essa interpretação é feita com cautela.

Ainda, outro aspecto que não pode deixar de ser considerado sobre o turno em que Sabine saúda Miguel é a possibilidade de a enfermeira ter modificado sua fala por ocasião de sua conversa estar sendo gravada. Não há como saber se isso motivou ou não o uso do formato de turno desenhado por ela (i.e., termo de saudação + prenome e nome completo do paciente), mas, dada a ocorrência do fenômeno, seria negligência desconsiderá-lo na análise, principalmente porque a maneira como Sabine inicia a interação com Miguel é um dos aspectos que concorre para dar um caráter de *script* à sua fala, conforme se argumenta mais adiante, com base no prosseguimento da análise da interação.

Depois de se apresentar, Sabine anuncia o propósito da visita, qual seja: “conversá um pouquinho com o senhor sobre o projeto maxcá:rdio.” (l. 6-7). Após uma micropausa, ela faz um autorreparo, substituindo a terminologia da doença (“de insuficiência”) abarcada pelo outro programa educativo Maxcárdio, também em foco nessa pesquisa, pela nomenclatura da doença de Miguel (“>síndrome coronariana aguda<.”). Agindo assim, Sabine ajusta a fala ao seu interlocutor, demonstrando estar atenta à identidade local e situada de Miguel que se faz relevante para a abordagem sobre o programa Maxcárdio SCA. Sabine, então, qualifica o programa como educativo em termos de patologias cardíacas e o descreve como voltado para pacientes e familiares.

Nos turnos subsequentes, Sabine anuncia as informações disponibilizadas no manual que ela tem em mãos. Enquanto anuncia as informações, ela posiciona e folheia o manual de forma que Miguel possa acompanhar sua fala e ter acesso visual ao conteúdo do material, ao mesmo tempo. Veja-se a representação do posicionamento da enfermeira e do paciente em relação ao manual na Figura 4:

Figura 4 – Sabine (à esquerda) apresenta as informações do manual Maxcárdio ao paciente Miguel (à direita)



Fonte: Elaborada pela autora com base no Programa Photoscape.

O anúncio das informações disponibilizadas no manual prossegue por vários turnos de fala, para além dos exibidos no Excerto 2. Durante o período em que a enfermeira persevera na realização dessa ação interacional, Miguel mantém-se na posição de ouvinte, produzindo marcadores de recebimento por meio de assentes discretos com a cabeça, mas abstendo-se de tomar o turno a cada lugar interacional propício para tanto ou, nos termos da AC, a cada lugar relevante para tomada de turno (doravante, LRT⁴⁰). Similarmente ao que ocorre na interação entre a enfermeira Priscila e o paciente Jacques, Miguel abstém-se de tomar os turnos nos LRT que se apresentam na interação e produzir falas em resposta às ações de Sabine, como se pode perceber, mais evidentemente, nos momentos representados pela transcrição das linhas 9, 13, 15, 20, 23, 28, 29, 32, 36, 38 e 42. Não obstante, nota-se, por meio de imagem da gravação em vídeo, que Miguel produz assentes com a cabeça em locais interacionais propícios para tomadas de turno, o que indexicaliza ações responsivas por parte de Miguel. Todavia, o modo como Miguel age em resposta às falas de Sabine indica que ele está marcando o recebimento das informações oferecidas por Sabine, o que é muito diferente de elaborar fala no sentido de mostrar o quanto ele sabe ou em que medida ele já procede em relação aos tópicos abordados pela enfermeira. Dessa maneira, as possíveis necessidades de Miguel sobre o entendimento de sua cardiopatia ou sobre como ele deve agir no pós-alta não chegam a ser topicalizados na interação.

⁴⁰ As conversas cotidianas são eventos altamente coordenados com base no sistema de turno a turno. Cada ponto na conversa corrente em que um turno passa de um/uma participante para o/a outro/a geralmente ocorre no que é chamado na AC de lugar relevante para tomada de turno (LRT). Os LRTs são conjunturas nas quais o turno pode/poderia ser legitimamente passado de um/uma participante para o/a outro/a. Tomadas de turno que ocorrem fora de LRTs são normalmente entendidas pelos/as falantes correntes como desvio do sistema normativo de tomada de turnos e podem ser passíveis de serem sancionadas como usurpações do direito do/a falante corrente de completar seu turno.

A suspensão da tomada de turnos é uma ação realizada de maneira colaborativa na interação e comumente observada em conversas cotidianas em situações em que uma das partes faz um pré-anúncio de narração de uma história ou de relato de um evento. (MANDELBAUM, 2013). Em situações de conversas institucionais, percebe-se a suspensão colaborativa de tomada de turnos em contextos em que uma das partes solicita informações, por exemplo: (a) de referentes de lugar (e.g., ANDRADE, 2010); (b) de questões relacionadas à saúde (e.g., OSTERMANN; SOUZA, 2009, 2012; OSTERMANN, SILVA, 2009, entre outros); (c) sobre o *status* de pedido de reparo de equipamento (KEVOE-FELDMAN, 2015), entre outras possibilidades. Em contextos como estes últimos, o/a solicitante assume a posição de beneficiário/a da informação (CLAYMAN; HERITAGE, 2014) e, portanto, congruentemente, revela interesse pelo anúncio da informação por meio da suspensão da tomada de turnos até que a informação solicitada seja provida ou a impossibilidade de provê-la seja declarada.

De maneira diferente, em interações institucionais em que o benefício é imputado ao/à coparticipante, observa-se a supressão da tomada de turno como pista contextual (GUMPERZ, 1982) de resistência ao “curso de ação retrospectivamente discernível e prospectivamente projetável”⁴¹ (LEVINSON, 2013, p. 122, tradução nossa) empreendido por quem anuncia a informação. O fenômeno, já descrito por Silverman, Peräkylä e Bor (1992), em contexto de sessões de aconselhamento a pacientes candidatos/as a realizar testes anti-HIV, pode ser percebido também em interações entre operadores/as de *telemarketing* ativo e clientes sendo prospectados/as em conjuntura de tentativa de venda de cartão de crédito, como ocorre na conversa analisada por Jung Lau e Ostermann (2005, p. 81), representada no Excerto 3.

Excerto 3 [Excerto 6 (CD 1 não-vendas/ Faixa 10), extraído de Jung Lau e Ostermann (2005, p. 81)]

61 ISA: certo, vocês podem usar também até para um
 62 abastecimento (.) né havendo a necessidade,
 63 abastecimento de combustível. então ele é aceito em
 64 todos estabelecimentos senhora, certo? não só mesmo
 65 na: ã::h em lojas determinadas né? mas em qualquer
 66 supermercado e isso senhora be°tina° para qualquer
 67 lugar do PAÍS que a senhora vai qualquer lugar do
 68 BRASIL seu cartão será bem aceito (.) certo?
 69 BETINA: ãhãh

⁴¹ “plan of action [...] retrospectively discernible and then prospectively projectable.”

Assim como acontece nas interações entre as enfermeiras e os pacientes dos Excertos 1 e 2, apesar de alguns LRT se apresentarem ao longo do anúncio de informações realizado por Isa – e.g., após a pronúncia das palavras “abastecimento” (l. 62), “certo?” (l. 64), “né?” (l. 65) – Betina abstém-se de tomar o turno. Ela somente o faz no momento em que é mais explicitamente compelida por Isa a prover a segunda parte do par adjacente solicitação de concordância-provimento de concordância/discordância, de modo similar ao que acontece nas interações do contexto analisado no estudo. Nesse aspecto, na conversa analisada por Jung Lau e Osterman (2005), note-se que há uma micropausa que antecede a palavra “certo?”, transcrita na linha 68. A ocorrência da micropausa contribui para diferenciar o uso da palavra “certo?” em termos de consequência interacional, em comparação com seu uso anterior na interação (l. 64), uma vez que ela concorre para atribuir à palavra uma expectativa por resposta. É exatamente assim que Betina entende a ação de Isa, tanto que aquela age provendo um marcador de concordância.

Há que se chamar a atenção, contudo, de que o provimento de concordância de Betina está alinhado com a natureza da informação, nesse caso, de que o “seu cartão será bem aceito.” (l. 68). A concordância de Betina, em tal ponto, não corresponde à ação de aceitar comprar o cartão de crédito, mesmo porque, nesse trecho da conversa, não é como oferta que Betina trata o turno anterior de Isa. Embora não se possa negar que o uso de “seu cartão” pode ser interpretado como uma oferta de venda velada, conforme apontam Jung Lau e Ostermann (2005, grifo nosso).

O formato de anúncio de informações sobre o programa Maxcárdio que os turnos, tanto de Priscila quanto de Sabine, assumem não chegam nem a conceber os itens elencados no manual como benefícios generalizados. No máximo, o anúncio alude à necessidade de obtenção de informação por parte dos pacientes (e.g., ver l. 17 do Excerto 1 e l. 33 do Excerto 2). Além disso, as enfermeiras procedem ao anúncio em formato de lista. Agindo assim, i.e., entrando em um *modo Maxcárdio de falar*, as falas de Priscila e Sabine mostram-se padronizadas na medida em que não se percebe esforço para oportunizar aos seus interlocutores participação mais ativa de modo que eles possam falar sobre suas experiências no que concernem às práticas de saúde que conhecem, adotam ou já adotaram em algum momento em suas vidas ou não, enquanto pessoas cardiopatas. Consequentemente, mesmo que as enfermeiras ajustem suas falas em termos de seleção lexical e de tópicos que vão ao encontro das identidades dos pacientes que estão na superfície da interação, essas práticas não são suficientes para gerar material interacional que particularize os cuidados de saúde elencados no manual. De outro modo, nota-se ausência de esforço interacional por parte das

enfermeiras para tornar a conversa menos padronizada e, conseqüentemente, mais particularizada.

De acordo com Sacks (1992), o esforço interacional do/a participante consiste em preencher o espaço interacional com material que transcende a maneira pró-forma de ocupar aquele lugar na interação. Exemplos de ações que transcendem a maneira *protocolar* de ocupar um lugar, interacionalmente falando, são produções de fala para além de marcadores de recebimento de informação (i.e., “mhms”, “ãrrãs”, “mms” etc.). Essa observação de Sacks (1992), no entanto, remete ao/à ouvinte, que ocupa a segunda posição na organização interacional sequencial, i.e., aquele/a que responde a uma primeira ação realizada pelo/a falante. Nesse estudo, quer-se defender a tese de que o esforço do/a falante em primeira posição, nesse caso, dos/as profissionais Maxcárdio, é o que faz com que a recomendação deixe de ser apresentada de uma maneira padronizada, i.e., de forma que sirva a qualquer paciente portador/a da mesma doença.

Nesse ponto, é importante esclarecer que a particularização sobre a qual se discute pode aparecer também em momentos em que o esforço do/a profissional está em propor soluções (potencialmente) particularizadas para o/a paciente de modo a remover possíveis obstáculos que o/a impeçam de aceitar a recomendação. Tanto o esforço para particularizar a recomendação propriamente dita, quanto para remover empecilhos que, talvez, impeçam o/a paciente de aceitar determinada recomendação, trabalham, enfim, para promover a adesão às medidas de autocuidado preconizadas pelos programas Maxcárdio.

Abordagens sobre os programas realizadas em *modo Maxcárdio de falar* não são exclusivas às enfermeiras da equipe. Na próxima seção, notar-se-á que outros/as profissionais da equipe também adotam esse modo de falar ao fazer a aproximação aos/às pacientes para conversar sobre o programa educativo. Contudo, esse aspecto das falas dos/as profissionais não é o foco principal das análises apresentadas na próxima seção. O foco da discussão estará em momentos interacionais em que se percebe a particularização da fala acontecendo em uma camada interacional que se encontra acima da camada em que a fala ajustada ao/à interlocutor/a (SACKS, 1992; SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974) ubíqua à conversa apresenta-se.

5.2 Falas Inusitadas em Primeira Posição: O Esforço do/a Falante que Resulta em Particularização

Levinson (1992, p. 69) descreve “tipo de atividade” realizado na e pela linguagem-em-interação como uma categoria incerta. A incerteza dá-se, segundo Levinson (1992), porque uma atividade social qualquer não se estabelece a partir de uma ação individual realizada por uma das partes. O seu estabelecimento requer que o/a interlocutor/a *entre no jogo* interacional, i.e., que ele/ela tome como aceitável o curso de ação proposto pelo/a coparticipante respondendo com uma ação subsequente alinhada à ação anterior. Os cursos de ação realizados por meio de turnos de fala podem ser propostos pelas partes, uns após os outros, de modo que a sequência se desenvolva sem maiores perturbações interacionais (e.g. pausa, hesitações, iniciações de reparo etc.). Por exemplo, uma pessoa faz um convite à outra para ir ao cinema, a pessoa convidada solicita algumas informações àquela que fez o convite (e.g., horário da sessão, lugar de encontro etc.), a pessoa que convidou provê as informações, e a pessoa convidada aceita o convite. Falas que desencadeiam sequências interacionais desse tipo são descritas por Levinson (1992) como previsíveis, local e situadamente. Há, contudo, falas que projetam cursos de ação que podem romper com a expectativa do que vem depois na conversa em termos de sequencialidade interacional normativa. Para utilizar o mesmo exemplo do convite para ida ao cinema, supõe-se que após a ação de convidar, a pessoa convidada informa à pessoa que a convidou de algo não relacionado ao tópico da conversa (e.g., “ah, lembrei que ligaram da vidraçaria”). Pode-se dizer que a pessoa convidada, pelo menos momentaneamente, não *entrou no jogo* proposto pela pessoa que fez o convite e, além disso, quebrou a expectativa sequencial da conversa ou, nos termos propostos por Levinson (1992), produziu uma fala inusitada.

Nesse sentido, a tarefa de constituir o programa educacional Maxcárdio como um evento interacional mostra-se conflituosa para a particularização das recomendações. Isso se dá porque os/as profissionais produzem falas que acabam por estabelecer um tipo de atividade interacional de caráter padronizado ou, nos termos de Levinson (1992), previsíveis, qual seja, a de anunciar informações contidas nos manuais do programa. A maneira como os/as profissionais abordam os/as pacientes, interacionalmente falando, gera poucas oportunidades para que os/as doentes falem sobre suas experiências enquanto portadores/as de SCA ou de ICC.

O modo como o evento social em questão se estabelece pode ser comparado a uma engrenagem circular, pois, os/as pacientes, na maior parte das vezes, aceitam *entrar no jogo* da atividade *anunciar-receber informações sobre o programa* ao assumirem a identidade de ouvintes dos anúncios. Agindo assim, os/as doentes não falam sobre suas dúvidas ou

experiências relativas aos cuidados de saúde que adotam ou não, informações que poderiam ser utilizadas pelos/as profissionais para fazer recomendações orientadas às necessidades dos/as pacientes, se esse fosse o caso.

No contexto Maxcárdio, *quebrar o círculo* e produzir falas inusitadas e, assim, agir de modo a promover momentos conversacionais (potencialmente) particularizantes reflete, antes de mais nada, o esforço dos/as profissionais para atender às necessidades dos/as pacientes, que muitas vezes não foram nem trazidas à superfície das conversas. Com essa questão em vista, apresenta-se o primeiro excerto desta seção.

O Excerto 3 mostra a interação entre o fisioterapeuta Marcos e o paciente Vinícius. À época da coleta de dados, Vinícius havia se submetido a uma cirurgia cardíaca *de peito aberto* para desobstrução das artérias coronárias e estava internado havia três dias. Ele respirava por sonda de oxigênio e, visivelmente debilitado, permaneceu deitado com a cabeça apoiada em um travesseiro baixo durante a interação com Marcos. O fisioterapeuta sentou em uma cadeira disposta ao lado esquerdo do leito de Vinícius, a uma altura em que seu rosto ficou posicionado em ângulo oblíquo ao ombro esquerdo do paciente. Desse modo, o paciente passou quase o tempo todo com a cabeça voltada para o lado esquerdo, a fim de fazer contato visual com o fisioterapeuta. De quando em quando, Vinícius direcionava a cabeça para o teto. Nessas ocasiões, Vinícius mantinha o sentido do olhar voltado para a esquerda de forma a conservar o contato visual com Marcos. Veja-se a Fotografia 1, que mostra o posicionamento dos participantes da conversa:

Fotografia 1 – Posicionamento do fisioterapeuta Marcos em interação com o paciente Vinícius⁴²



Fonte: Registrada pela autora.

⁴² Optou-se pelo recurso da fotografia, nesse caso, porque o recurso borda disponível no programa PhotoScape, utilizado em outros momentos deste trabalho, não se mostrou eficiente para o propósito de tornar visível o direcionamento do olhar do paciente Vinícius.

Exibem-se dois trechos da interação. Primeiro, mostra-se o instante em que o fisioterapeuta sai do modo interacional Maxcárdio de falar, momento em que as tomadas de turno entre os participantes passam a apresentar uma distribuição menos assimétrica e a interação passa a exibir uma natureza mais dialogal. Depois, exibe-se o momento em que o fisioterapeuta dispara a particularização, conforme discutido mais adiante. Veja-se o excerto:

Excerto 4a [HNS_Marcos_Vinícius_10_09_2013_ alguma dúvida]

178 MARCOS: ↑essa é a principal orientação da fisioterapia ou
 179 seja tu ↓já começô num processo de reabilitaçã:o a
 180 ideia é que tua saia daqui e dê continuidade a esse
 181 processo. por um período de tempo.
 182 (0.5)
 183 MARCOS: mais ou menos período total de seis meses.
 184 (0.7)
 185 MARCOS: tá:.h eu preciso sabê de ti >agora assim< quais são
 186 as dúvidas que tu tem, se tu tem alguma dúvida, se
 187 não te:m, em relação ao (.) exercício, à
 188 movimentaçã:o, as coisas relacionadas à fisioterapia.
 189 (0.5)
 191 MARCOS: tenha tido já nesses dias aí >algu↑ma< alguma dúvida
 192 alguma questão.
 193 VINÍCIUS: .hhh ((limpa a garganta)) não eu tava fazendo
 194 natação.
 195 (0.8)
 196 MARCOS: tá:.
 197 VINÍCIUS: daí não se:[:i]
 198 MARCOS: [hh]h [prá] voltá:=
 199 VINÍCIUS: [mas] =mas be::m ((balançando a
 200 cabeça, parece estar buscando vocabulário)) só mesmo
 201 pra manutençã:o,=
 202 MARCOS: =tá.[assim]=
 203 VINÍCIUS: [mhm]=nada de espo::rte, °de
 204 competiçã:o não°=
 205 MARCOS: =>tá não< va- pra- >vai podê voltá
 206 pra natação.< só que tu vai ter que esperar um
 207 pouquinho mais pela questão da cicatrizaçã:o né. (.)
 208 pra tá entrando em á:gua também >em piscina< e como
 209 é >>um exercício<< um pouco ma:is intenso, [o ideal]
 210 VINÍCIUS: [((tosse))]
 211 MARCOS: é que tu espere um pouquinho pra- faz o teu processo
 212 de reabilitação, né. inicial. e terminado esse
 213 processo de reabilitação >como eu te falei< tu pode
 214 voltá e mantê a natação, >como um< (.) a::
 215 uma atividade física ou um esporte [como meio-]
 216 VINÍCIUS: [quanto tempo]
 217 mais ou menos assim,

Entre as linhas 178 e 183, Marcos faz uma formulação. (HERITAGE; WATSON, 1979). Garfinkel e Sacks (1970, p. 351) explicam que os/as interlocutores/as formulam a fala quando “dizem com todas as palavras o que estão fazendo (ou sobre o que estão conversando,

ou quem está falando, ou quem são, ou onde estão)”⁴³. Heritage e Watson (1979, p. 123, tradução nossa) baseados na explicação de Garfinkel e Sacks (1970), propõem que formulações são “[...] métodos usados por participantes para demonstrar que, entre outras coisas, a conversa até então foi e continua sendo autoexplicativa”⁴⁴. Seguindo-se esses preceitos, argumenta-se que Marcos formula a fala de modo a resumir em que consiste a orientação do programa Maxcárdio, a saber: dar continuidade ao processo de reabilitação no pós-alta por um período de seis meses, tempo aproximado que leva para os/as pacientes cumprirem as fases de reabilitação cardíaca previstas pelo programa. A formulação que Marcos faz da própria fala assume o formato de anúncio de informação que, conforme previamente discutido, exerce baixa relevância condicional (SCHEGLOFF, 1968; 2007) em relação à obrigação de prover alguma resposta. Conforme fica evidente pelo espaço interacional preenchido por uma pausa, Vinícius usufrui esse relaxamento condicional e não toma o turno. Marcos, então, autosseleciona-se como próximo falante.

O fisioterapeuta inicia seu próximo turno (l. 185) com o marcador discursivo “tá:”, pronunciado de modo alongado e em tom médio, o que o faz operar como indexicalizador de mudança de tópico, o que de fato acontece após uma inspiração audível de Marcos. A mudança é realizada por meio da seleção de uma expressão verbal que denota uma necessidade do próprio falante, i.e., a de saber as dúvidas do paciente. Vale notar que Marcos faz várias (re)formulações acerca de quais potenciais dúvidas de Vinícius ele tem interesse em saber, até o ponto em que abre o escopo de maneira a transcender o limite do que vinha sendo tratado na conversa e abranger as dúvidas que o paciente pudesse ter “tido já nesses dias aí” (l. 191).

A “hora da pergunta” (PERÄKYLÄ, SILVERMAN, 1998, p. 634), descrita como a ação pró-forma de solicitar dúvidas em contextos institucionais nos quais essa ação é esperada, restringe o/a coparticipante a prover alguma resposta, mesmo que seja uma resposta negativa (e.g., “não, não tenho (nenhuma) dúvida”). Entretanto, a flexibilização do tipo de contribuição aceitável (LEVINSON, 1992) em termos do que pode ser expresso no espaço interacional aberto após a solicitação parece elevar a restrição a favor do provimento de, pelo menos, alguma dúvida. Tanto assim que, depois de 1.4 segundos, Vinícius faz uma ação entendida por Marcos como uma asserção (“não eu tava fazendo natação.” – l. 193-194), ao

⁴³ A tradução deste excerto de citação para o português encontra-se em Ostermann e Silva (2009).

⁴⁴ “[Formulations are shown to be important] methods used by members for demonstrating that, among other things, the conversation has been and is ongoingly self-explicating.”

que o fisioterapeuta responde com um marcador de “vá em frente” (SCHEGLOFF, 2007), na linha 196.

Vinícius, então, desenha o início do seu próximo turno como uma continuação do turno anterior – veja-se a seleção da palavra “daí” – e lança uma pergunta em formato declarativo, alongando o último item lexical – “não se:[i]”. Alongamentos em posição final de turno projetam a antecipação do LRT⁴⁵ em situações em que o turno não se apresenta constituído de elementos que possam sinalizar a sua completude – e.g., integridade sintática, prosódica e pragmática (DREW, 2013) – e, assim, promovem busca por colaboração do/a interlocutor/a para completar o turno. É exatamente a ação de coconstrução de turno que acontece no caso em análise. Marcos produz uma fala que completa o sentido sintático e pragmático do turno de Vinícius, o que revela a intersubjetividade entre os interagentes. Em outras palavras, ao completar o sentido da fala de Vinícius, Marcos demonstra entender que a dúvida do paciente refere-se à retomada da prática de natação.

É notável nesse ponto da conversa que, a partir do *momento da pergunta* (PERÄKYLÄ, SILVERMAN, 1998), outra dinâmica interacional se estabelece. A distribuição dos turnos de fala, embora ainda pendendo para a predominância de Marcos na identidade de falante, passa a ser menos assimétrica à medida que Vinícius autosseleciona-se como falante com mais frequência, como se pode constatar no trecho da conversa representado pela transcrição compreendida entre as linhas 199 e 217. Essa dinâmica mais dialogal estende-se pelos turnos subsequentes até o fechamento da interação.⁴⁶ A transcrição dos turnos que ocorrem entre as linhas 218 e 250, em que o tópico da conversa persevera em torno da volta de Vinícius à prática de natação, foi suprimida em razão de economia de espaço, uma vez que as falas dos participantes mostram-se fora do escopo analítico do capítulo. A transcrição da conversa é retomada a partir da linha 251.

Excerto 4b [HNS_Marcos_Vinícius_10_09_2013_aceita alguns convênios]

251 MARCOS: acho que espera >pelo menos< passá os três meses, a
 252 fase dois, (0.4) e daí o profissional também vai tá
 253 te acompanha:ndo,>>por isso<< a impo- afi- >falo de
 254 novo< a importância de ter alguém supervisona:ndo.
 255 (0.6)
 256 MARCOS: né:?
 257 (.)
 258 MARCOS: .hh >>assim ó<< o ((nome do centro)) ele tem- ele tem
 259 a::: um programa que- ele aceita alguns convênios tá.

⁴⁵ Vejam-se informações sobre o termo “lugar relevante para tomada de turno” (LRT) neste capítulo, na seção 5.1.

⁴⁶ A interação não é exibida na íntegra por motivo de economia de espaço e em razão de sua integridade não se fazer relevante para a construção da tese que se procura defender.

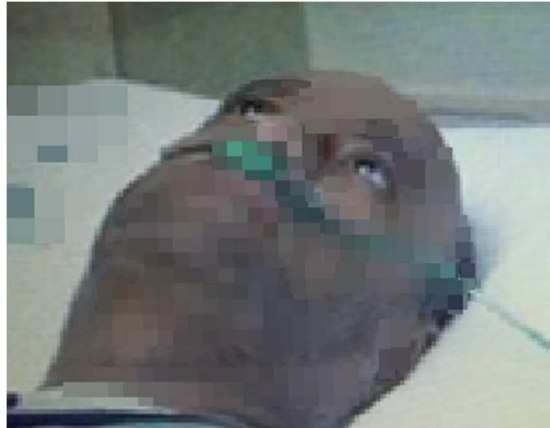
260 a:: auxilia na parte da reabilitação não sei
 261 MARCOS: [se tu-]
 262 VINÍCIUS: [e tem algum] problema andá de ônibus
 263 MARCOS: é. >>assim ó<< o que que acontece. no começo tu-
 264 porque foi mexido muito né. tu- tu- os músculos
 265 peitorais que recobrem toda essa área ((passa a mão
 266 sobre a área do peito do paciente))levam um tempinho
 267 pra se recompor tá. o problema não é nem andá. >é um
 268 solavanco, uma freada< e tu ter que fazê força né.
 269 com os braços assim.
 270 VINÍCIUS: ainda mais nesses ônibus de ((nome da [cidade]))
 271 MARCOS: é: o ideal [seria-]
 272 VINÍCIUS: [tenho] uma conhecida que quebrô uma
 273 costela andando de ônibus((revirando os olhos))
 274 MARCOS: pois é. ((Marcos continua falando sobre o tópico.))

A partir da retomada da transcrição (l. 251), nota-se que o tópico da conversa ainda gira em torno dos esclarecimentos sobre o momento apropriado, sob a perspectiva do fisioterapeuta, para Vinícius retornar à prática de natação (“acho que espera >pelo menos< passá os três meses, a fase dois.”). A parte do turno que se segue a essa fala é analiticamente significativa porque projeta a reabilitação supervisionada de Vinícius, previamente recomendada (trecho não mostrado) e, agora retomada por Marcos, como uma decisão já tomada (l. 252-253), o que não acontecera em momento algum da conversa. Em seguida, Marcos retoma a “importância de ter alguém supervisiona:ndo” Vinícius nos exercícios de fisioterapia. Essa retomada trabalha a favor de revogar o caráter da reabilitação supervisionada como de decisão já tomada para devolver-lhe o *status* de recomendação. A fala de Marcos, em última instância, retrocede à “transposição da linha” do exercício de autoridade deôntica⁴⁷, i.e., o direito de decidir sobre as ações futuras de outrem. (STEVANOVIC, 2011; STEVANOVIC; PERÄKYLÄ, 2012). Em outras palavras, fica evidente que ainda há negociações a serem feitas em torno do fechamento do par adjacente recomendação-aceite/recusa, pois, nesse momento, a decisão final sobre proceder ou não à fisioterapia supervisionada ainda encontra-se em aberto.

A análise de aspectos multimodais (GOODWIN, 2000a) da interação auxilia a interpretação dos dados, na medida em que, por meio da gravação da conversa em vídeo, é possível perceber que Vinícius desvia o sentido do seu olhar, que se volta de Marcos em direção ao teto no instante em que o fisioterapeuta pronuncia a palavra “alguém” (l. 254). Veja-se o registro da imagem obtida a partir da gravação da conversa em vídeo representado pela Fotografia 2:

⁴⁷ Veja-se o Capítulo 6, no qual se discutem, em maiores detalhes, os conceitos de domínio deôntico e domínio epistêmico.

Fotografia 2 – Direcionamento do olhar de Vinícius no instante em que Marcos pronuncia a palavra “alguém”



Fonte: Registrada pela autora.

Goodwin (1980, 1981) explica que o comportamento de olhar serve como parâmetro para o monitoramento tácito que os/as coparticipantes fazem mutuamente em relação ao (des)engajamento interacional do/a interlocutor/a. Amparado por análises empíricas de dados naturalísticos, Goodwin (1981, p. 57, tradução nossa) propõe duas regras que envolvem a ação de olhar durante o curso de uma conversa: (i) “um/uma falante deveria obter o olhar de seu/sua recipiente durante o curso de um turno de fala”⁴⁸; (ii) “um/a recipiente deveria estar olhando para o/a falante quando o/a falante estiver olhando para ele/ela”⁴⁹. A não observância dessas regras pode ser notada e, às vezes, sancionada, à proporção em que o desvio do sentido de olhar pode ser interpretado pelo/a falante como diminuição do engajamento do/a ouvinte. (GOODWIN, 1981). Pesquisas recentes realizadas a partir de uma base de dados mais alargada (e.g., KIDWELL, 2005, 2006, 2009a; ROSSANO, 2013) mostram que as relações *sustentação-do-olhar/engajamento* e *desvio-do-olhar/desengajamento* não se manifestam de forma tão linear e, portanto, devem ser investigadas de maneira mais granular, i.e., com orientação para o fato de que a manutenção ou o desvio do sentido de olhar podem estar desempenhando ações interacionais outras que não apenas aquelas relacionadas ao (des)engajamento ao que está sendo ou foi dito.

Estudos como os realizados por Kidnell (2005, 2006, 2009a) descrevem o comportamento de olhar como recurso interacional formador de ações sociais. Esses estudos evidenciam que a sustentação ou o desvio do olhar são suscetíveis a variações

⁴⁸ “A speaker should obtain the gaze of [her] recipient during the course of a turn-at-talk.”

⁴⁹ “A recipient should be gazing at the speaker when the speaker is gazing at the hearer.”

dependendo da ação implementada e do evento discursivo em pauta. Então, por exemplo, há uma tendência de continuidade expandida de sustentação do olhar do/a ouvinte em direção ao/à falante em situações interacionais de narração de episódios da vida cotidiana, em que a supressão da tomada de turno é esperada, em comparação com situações em que as tomadas de turno manifestam-se de maneira mais simétrica. Isso aparentemente ocorre porque os/as ouvintes tendem a desviar o olhar do/a falante quando o turno se aproxima do LRT, principalmente em conjuntura de turno com múltiplas partes, i.e., nos termos da AC, múltiplas unidades de construção de turnos⁵⁰ (UCT). (ROSSANO, 2013). Assim, o desvio do olhar trabalha como proposta de fechamento de turno feita pelo/a ouvinte ao/à falante, na medida em que, desviando o olhar, ouvintes “demonstram participação diminuída na atividade”. (ROSSANO, 2013, p. 320). Além disso, o desvio do olhar mostra-se recorrente em circunstâncias em que o/a ouvinte resiste a certo curso de ação imposto pelo/a falante. (KIDNELL, 2006). No caso da interação em análise, Marcos parece interpretar o desvio de olhar de Vinícius como resistência à recomendação.

Após a pausa em que acontece o desvio de olhar de Vinícius (l. 255), Marcos solicita uma confirmação utilizando o marcador discursivo “né” de modo alongado e em tom ascendente. O “né” já foi discutido analiticamente sob a perspectiva da AC como um marcador discursivo que se presta para a realização de ações diversas (SCHWALM, 2014). Na interação em foco, o “né”, além de alongado e em tom ascendente, é produzido como um turno independente, desacompanhado de outras falas. Isso parece contribuir para marcar fortemente o posicionamento deôntico (STEVANOVIC, 2011; STEVANOVIC, PERÄKYLÄ, 2012) de Marcos, da mesma maneira como se observa que opera o *okay*, na língua inglesa. (BEACH, 1993). Explicando melhor, o posicionamento deôntico do/a falante, i.e., o grau de imposição que o/a falante exhibe em favor ou contra o/a ouvinte colocar em prática determinada ação no futuro, física ou interacionalmente falando, manifesta-se por meio do conteúdo (i.e., o que é dito) e do formato (i.e., como é dito) do turno de fala. Assim, ao selecionar o marcador discursivo “né” (o que é dito) de forma alongada, em tom ascendente e em turno independente (como é dito), Marcos: (a) mobiliza o provimento de uma resposta (STIVERS, ROSSANO, 2010) por parte de

⁵⁰ Uma unidade de construção de turno (UCT) é entendida como a menor unidade linguística gramaticalmente, semanticamente e pragmaticamente completa produzida pelo/a falante corrente e que, ao ser produzida, abre um lugar relevante para a tomada de turno (LRT) para o/a próximo falante produzir fala. Por exemplo, em um fala como “oi que bom que te encontrei queria mesmo falar contigo”, as UCT do turno seriam “oi”, “que bom que te encontrei” e “queria mesmo falar contigo”, visto que cada uma dessas partes corresponde a uma ação completa que poderia ser respondida pelo/a interlocutor/a sem que sua fala implique em desvio do sistema de troca de turnos.

Vinícius e (b) expõe a preferência por este agir de maneira convergente à solicitação de concordância, ou seja, concordando com sua proposição sobre “a importância de ter alguém supervisionando.”. Contudo, Vinícius persiste na resistência em concordar, o que fica evidente pela ausência de fala na posição em que esta seria condicionalmente relevante (l. 257). A abstenção de tomada de turno por Vinícius e, por conseguinte, a ausência de resposta à solicitação de concordância de Marcos geram consequências para a trajetória da conversa a partir desse momento.

Como se pode notar, em face de Vinícius ter absterido de tomar o turno, o falante corrente, no caso Marcos, continua a falar e, após uma inspiração audível, projeta uma mudança de tópico na interação – “>>assim ó<<” (l. 258). O tópico passa a ser a aceitação de convênios pelo centro de reabilitação que Marcos sugerira para Vinícius. Importa notar que, após o anúncio de informação (l. 258-260), Marcos inicia com o que poderia ter-se revelado uma solicitação de informação em formato declarativo⁵¹ (“não sei se tu-”), mas sua fala acaba sendo sobreposta por uma solicitação de informação de Vinícius referente à possibilidade de locomover-se por meio de transporte público.

A solicitação de Vinícius é prefaciada por uma conjunção coordenativa, que opera para relacionar a solicitação de informação com o tópico do turno anterior, i.e., o centro de reabilitação mencionado por Marcos. Lembrando que Vinícius acabara de se submeter à uma cirurgia cardíaca *de peito aberto*, infere-se que seu questionamento se relaciona à logística que, presumivelmente, envolve deslocar-se entre seu lugar de moradia até o centro de reabilitação aventado por Marcos utilizando transporte público, a fim de proceder à reabilitação supervisionada recomendada pelo fisioterapeuta. Destarte, a solicitação de informação de Vinícius pode ser interpretada como um passo em direção, se não ao aceite à recomendação em formatos mais canônicos (e.g., “tá. vou ligar e marcar”), pelo menos à consideração da possibilidade de realizar a reabilitação no centro sugerido por Marcos. Essa é a primeira vez na interação que Vinícius demonstra sinal de receptividade à recomendação do fisioterapeuta. Isso é perceptível à medida em que oportunidades já haviam surgido para que Vinícius provesse recibos de concordância como, por exemplo, nos espaços interacionais que se abrem na interação representados na transcrição das linhas 255 e 257, afora outros trechos da conversa não mostrados.

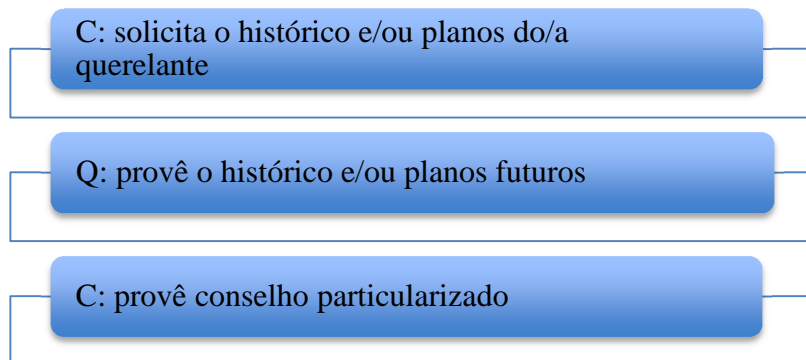
Pesquisas em AC apontam a necessidade de se investigar momentos interacionais de (não) particularização a partir de três conceitos interligados, a saber: ação, formato de

⁵¹ Vejam-se adiante considerações sobre essa UCT produzida por Marcos.

turno e sequencialidade dos turnos. (e.g., DREW et al., 2010; 2014; TOERIEN et al., 2013). Assim, é possível verificar não somente a substância que constitui o momento interacional em que a particularização (não) acontece total ou parcialmente (i.e., o que é falado), mas, também, o processo pelo qual a particularização (não) se realiza ou se realiza parcialmente (i.e., como algo é falado) (DREW et al., 2010, 2014; TOERIEN et al., 2013). Em contextos institucionais investigados por Drew et al. (2010; 2014) e Toerien et al. (2014), i.e., entrevistas entre funcionários/as de agências de fundo social de pensão e encaminhamento para o mercado de trabalho, chamados/as de conselheiros/as, e querelantes de benefícios, percebe-se que a (gradação da) particularização se dá, em grande medida, a partir do oferecimento de soluções, i.e., o que é dito (e.g., recebimento de benefício, qualificação profissional, opções de creches) para problemas apresentados por querelantes por meio de diferentes maneiras de sugerir, perguntar, apresentar opções etc., i.e., a maneira como algo é dito.

Assim como nas análises de Drew et al. (2010; 2014) e Toerien et al. (2014), a investigação sobre momentos interacionais particularizados no contexto Maxcárdio também é realizada levando-se em conta as ações, os formatos de turno e a sequencialidade dos turnos dos/as participantes. Sobre esse último aspecto, uma diferença fundamental se estabelece entre os achados daqueles estudos e o que se pretende argumentar ser o achado no presente estudo no que concerne ao como se instauram momentos particularizados nas conversas no contexto investigado. Nos contextos estudados pelos/as autores/as mencionados/as, os momentos particularizados ocorrem em turnos de fala que ocupam a terceira posição na sequencialidade da conversa. Isso ocorre à medida que as soluções para os problemas dos/as querelantes são apresentadas com base nas respostas que eles/elas proveem às solicitações feitas pelos/as conselheiros/as sobre seus históricos e/ou planos que envolvem serviços prestados pela agência de fundo de pensão. De maneira mais explícita, as análises de dados de Drew et al. (2010; 2014) e Toerien et al. (2014) revelam que a organização das sequências em que as conversas tornam-se particularizadas apresentam-se conforme o esquema representado pela figura 5, na qual “C” se refere a conselheiro/a, e “Q” a querelante:

Figura 5 – Organização das sequências dos momentos interacionais particularizados em contexto de entrevista para admissão ou permanência como beneficiário/a de função social de pensão

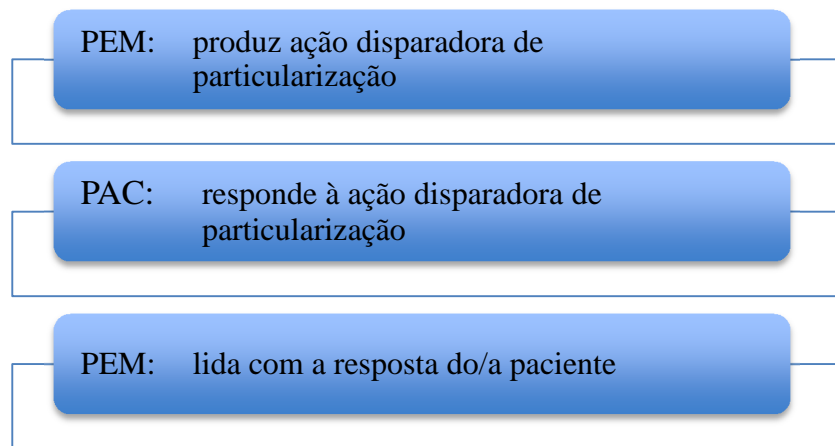


Fonte: Elaborada pela autora.

Em contrapartida, neste estudo, os momentos de particularização emergem independentemente de os/as profissionais da equipe Maxcárdio terem solicitado o histórico das experiências dos/as pacientes em relação ao tópico central nas interações, que variam de acordo com a área de atuação do/a profissional em interação com os/as pacientes. Nas interações em análise nesta seção, percebe-se que a particularização é disparada em turnos de fala que ocupam a primeira posição na sequência interacional. Isso significa que a ação que dispara a particularização inaugura uma sequência interacional, ao contrário do observado em outros contextos – e.g., Drew et al. (2010; 2014) e Toerien et al. (2014) – em que as ações que implementam a particularização são realizadas em resposta a uma solicitação, mesmo que tácita, de solução de problemas. Assim, no contexto dos programas Maxcárdio, as sequências em que a particularização da fala ocorre mostram-se diferentes daquelas apresentadas nos estudos de Drew et al. (2010; 2014) e Toerien et al. (2014).

Devido à multidisciplinaridade das áreas de atuação profissional no programa, apresenta-se um quadro com uma representação genérica da organização das sequências em que as conversas entre os/as profissionais da equipe Maxcárdio e os/as pacientes tornam-se (potencialmente) particularizadas. Na figura 6, “PEM” refere-se ao/à profissional da equipe Maxcárdio e “PAC” ao/à paciente.

[]\Figura 6 – Organização das seqüências dos momentos interacionais particularizados no contexto do Programa Educacional Maxcárdio



Fonte: Elaborado pela autora.

No caso específico da interação entre Marcos e Vinícius, a ação disparadora de momento particularizado ocorre no turno compreendido entre as linhas 258 e 261, quando Marcos produz uma fala inusitada (LEVINSON, 1992) em que o tópico abordado é o aceite de convênios por parte do centro de reabilitação. Dada a solicitação de informação que Vinícius produz após a fala de Marcos, pode-se inferir que o anúncio feito pelo fisioterapeuta mobiliza o paciente a ao menos aproximar-se do aceite à recomendação. Nesse ponto, reproduz-se parte do Excerto 4a de interesse para a análise em questão a fim de discutir, ainda, alguns aspectos dessa parte da interação:

Excerto 4c [HNS_Marcos_Vinícius_10_09_2013_aceita alguns convênios] - reprodução parcial do Excerto 4a

258 MARCOS: .hh >>assim ó<< o ((nome do centro)) ele tem- ele tem
 259 a::: um programa que- ele aceita alguns convênios tá.
 260 a:: auxilia na parte da reabilitação não sei
 261 [se tu-]
 262 VINÍCIUS: [e tem algum] problema andá de ônibus
 263 MARCOS: é. >>assim ó<< o que que acontece. no começo tu-
 264 porque foi mexido muito né. tu- tu- os músculos
 265 peitorais que recobrem toda essa área ((passa a mão
 266 sobre a área do peito do paciente))levam um tempinho
 267 pra se recompor tá. o problema não é nem andá. >é um
 268 solavanco, uma freada< e tu ter que fazê força né.
 269 com os braços assim.
 270 VINÍCIUS: ainda mais nesses ônibus de ((nome da cidade))
 271 MARCOS: é: o ideal [seria-]
 272 VINÍCIUS: [tenho] uma conhecida que quebrô uma
 273 costela andando de ônibus((revirando os olhos))
 274 MARCOS: pois é. ((Marcos continua falando sobre o tópico))

A fala de Marcos que opera como disparadora de uma (potencial) particularização em primeira posição sucita algumas considerações. Em primeiro lugar, não há como saber qual seria o complemento do turno de Marcos, nas linhas 260 e 261, se sua fala não tivesse sido sobreposta pela fala de Vinícius. De qualquer forma, faz sentido pensar que a última UCT da fala (“não sei se tu-”) possui relação com o tópico feito relevante no turno corrente, i.e., o aceite de convênio de saúde por parte do centro de reabilitação aventado pelo fisioterapeuta. Em segundo lugar, considerando-se que se trata de uma instituição de saúde privada, há apenas duas maneiras de proceder à baixa hospitalar: ou o/a paciente é internado/a com a anuência de um convênio de saúde ou o/a paciente arca com os custos da hospitalização utilizando-se de recursos financeiros próprios (ou de terceiras pessoas). Em terceiro lugar, o andar do hospital destinado a receber pacientes cardiopatas é dividido em duas alas. Em uma delas os quartos são destinados a pacientes que possuem convênio de saúde, na outra ala, os quartos são reservados a pacientes que se internam na modalidade de pagamento particular. No caso de Vinícius, a hospitalização ocorrera na ala destinada a pacientes de convênio. Dessa feita, é plausível pensar que Marcos sabe que Vinícius possui algum tipo de convênio de saúde. O fato de o fisioterapeuta fazer relevante o aceite de convênio por parte do centro de reabilitação e iniciar uma solicitação de informação por parte de Vinícius que, infere-se, tem relação com tópico feito relevante exhibe uma tentativa de Marcos mostrar-se atento ao outro (*other-attentive*) (JEFFERSON, 1984), nesse caso, Vinícius. Explicando de outra maneira, Marcos não provê a informação, pura e simplesmente, mas a disponibiliza de modo a demonstrar sensibilidade para possíveis impedimentos de ordem prática – nesse caso, questões financeiras – que poderiam pesar contra o aceite de Vinícius à recomendação para realizar reabilitação supervisionada naquele centro específico. Marcos provê a informação sobre o convênio e a utiliza como propulsora do aceite de Vinícius ao apresentá-la como uma solução para o paciente. Contudo, a UCT “não sei se tu-” revela que a solução não é dada como algo definitivo, mas como estando aberta para negociação com o paciente. Em outras palavras, Marcos oportuniza um espaço interacional para a “voz do mundo da vida”⁵² (MISHLER, 1984) de Vinícius.

Ainda sobre o turno de fala em foco, algo que chama a atenção é a maneira como Marcos conecta a possibilidade de uso de convênio por parte de Vinícius com a recomendação em favor de reabilitação supervisionada. Nesse aspecto, vê-se que o fisioterapeuta faz uma retomada da recomendação que já havia sido feita em vários outros

⁵² Voice of lifeworld.

momentos da interação (trechos não mostrados). Em seguida, ele informa sobre o aceite de convênio pelo centro relacionando ou, pelo menos, tentando relacionar esse tópico com algo particular a Vinícius, i.e., o convênio de saúde do paciente. A partir dessas ações de Marcos a interação encaminha-se para “distante de onde eles começaram” (SACKS, 1971, p. 9), mas os dois tópicos, i.e., recomendação e convênio de saúde de Vinícius, estão relacionados via “material relacionado aos dois” (JEFFERSON, 1984), i.e., o aceite de convênio pelo centro de reabilitação. Ao agir assim, Marcos avança em direção a produzir uma fala que pende para um grau maior de particularização na medida em que a conversa deixa de girar em torno das informações e recomendações trazidas no manual, e endossadas por ele, e passa a girar em torno das condições de que dispõe Vinícius para acatar ou não à recomendação. Um detalhe importante sobre a ação de Marcos de trazer à tona a questão do convênio é o fato de ela ser realizada em primeira posição, i.e., sem que o tópico tenha sido selecionado por Vinícius, o suposto beneficiário do aceite por parte do centro, por exemplo, via uma solicitação de informação. Nesse aspecto, a ação de Marcos pode ser caracterizada como arriscada.

A resposta de Marcos à solicitação de informação que Vinícius faz acerca da possibilidade de tomar ônibus revela-se um complicador de ordem prática para o aceite da recomendação. Colocando de outra maneira, se é verdade que Vinícius depende de transporte público para se deslocar até o centro e isso, sob a perspectiva do fisioterapeuta, constitui algo não recomendável para Vinícius na etapa imediata ao seu pós-alta (l. 263-269), a potencial solução oferecida por Marcos mostra-se não tão particularizada assim. Afinal, de nada adianta o centro aceitar pacientes de convênios e isso servir a Vinícius se o paciente fica impedido de realizar a reabilitação no centro por conta de depender de ônibus para se locomover. Independente disso, o que está em destaque aqui é o esforço do fisioterapeuta em encontrar soluções de modo a remover possíveis empecilhos ao aceite à recomendação que ele mesmo avalia como importante – e.g., “> falo de novo< a importância de ter alguém supervisionando.” (l. 253-254).

Em “*Poetics; Avoiding speaking first*”, Sacks (1992, v. 2, p. 345, tradução nossa) faz a seguinte declaração: “Eu quero afirmar que você pode tomar como uma primeira norma para investigar conversa[s] que as pessoas preferem ir segundo⁵³”. Sacks (1992) explica que as pessoas evitam *ir primeiro* (i.e., falar em primeira posição) e preferem *ir segundo* (i.e., falar em segunda posição) porque essas posições não são equivalentes na sequência interacional, dado que “e.g., é uma coisa bem diferente desenvolver uma crítica sobre a opinião de alguém

⁵³ “I want to assert that you can take it as a first policy for examining conversation that people prefer to go second.”

do que desenvolver uma defesa de si mesmo”⁵⁴. (SACKS, 1992, v. 2, p. 346, tradução nossa). Em suma, Sacks (1992) observa que, interacionalmente falando, as pessoas preferem posicionar-se frente a um argumento lançado pelo/a coparticipante a exibirem seus pensamentos e opiniões primeiro e correrem o risco de serem sancionadas pelo que dizem.

É nesse sentido que se argumenta que oferecer uma (potencial) solução para (supostos) impedimentos ao aceite de uma recomendação é algo interacionalmente arriscado. Ao agirem assim, os/as profissionais correm o risco de serem sancionados/as por terem oferecido uma solução não condizente com as necessidades ou desejos dos/as pacientes. Voltando à análise da interação entre o fisioterapeuta Marcos e o paciente Vinícius, entende-se que, mesmo correndo o risco de ser sancionado, e justamente por isso, a ação do fisioterapeuta denota um esforço interacional extraordinário no sentido de infringir a norma do sistema de preferência interacional de *ir segundo* e apresentar uma solução (potencialmente) particularizada a Vinícius em primeira posição. O caráter extraordinário do esforço do fisioterapeuta está precisamente no fato de a solução ter sido apresentada sem que o paciente tenha aventado a questão do convênio como um problema. Nos termos de Levinson (1992), o esforço de Marcos está em produzir uma fala inusitada, sendo que a produção ocorre em primeira posição. (SACKS, 1992). Além disso, e deveras importante para o argumento que se defende nesta tese, observa-se que o fisioterapeuta Marcos, ao selecionar *o aceite de convêncios por parte do centro de reabilitação*, organiza as sequências de tópicos por meio de transposição em fases (*stepwise movement*). Conforme explica Sacks (1992), organizar sequências de tópicos por meio de transposição em fases significa selecionar algum tópico e usá-lo no turno corrente de modo a conectar o que está sendo falando no momento com algo que já foi tratado anteriormente na conversa, mesmo que pareça não se tratar da mesma coisa. Explicando de outra maneira, ao que tudo indica, Marcos seleciona o *aceite de convêncios por parte do centro de reabilitação* de modo a relacioná-lo à recomendação a favor da *reabilitação supervisionada* e, ao agir, assim, o fisioterapeuta dá mostrar de se orientar para a remoção de possíveis entraves ao aceite à recomendação por parte da paciente.

Ainda conforme Sacks (1992) a ligação dos tópicos ocorre “serialmente na superfície” da conversa. Contudo, os tópicos podem ser feitos relevantes por tipos de organização “acomodadas em camadas”⁵⁵ e que, portanto, “a superfície é espessa e não apenas serial”⁵⁶. (SACKS, 1992, p. 561, tradução nossa). A observação de Sacks de que os tipos de

⁵⁴ “e.g., it’s a quite different thing to develop a critique of someone’s position than to develop a defense of your own.”

⁵⁵ “layered”

⁵⁶ “the surface is thick and not just serial”

organização sequencial de tópicos podem se acomodar em camadas é importante porque combina com o argumento de que os resultados interacionais coconstruídos na conversa não estão restritos ao que transparece na superfície da fala, i.e., no agrupamento de elementos sintáticos, semânticos e prosódicos do turno. A ideia de que existem camadas de ações implementadas na e pela fala-em-interação vai ao encontro da proposta de existência de um tipo de *ajuste de fala aposto*, que transcende o ajuste de fala omnipresente na fala-em-interação e que opera nas camadas de aspectos relativos: (a) à seleção lexical e de tópico; (b) à ordem sequencial dos turnos de fala; (c) ao alinhamento normativo de ações (e.g., após uma pergunta, segue-se uma resposta; após uma saudação, segue-se outra saudação em retorno etc.); (d) aos direitos e obrigações para iniciar ou terminar a interação ou para mudar o tópico da conversa, entre outros. (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974). Em última instância, a organização de tópicos por meio de transposição em fases harmoniza com a metáfora do torno de oleiro, utilizada para descrever como se percebe o modo de constituição das conversas dos encontros Maxcárdio em que a particularização sobre a qual se discute nesta tese ocorre.

A análise e a discussão sobre a interação entre Marcos e Vinícius mostraram que a fala inusitada do fisioterapeuta e, portanto, sua ação (potencialmente) particularizadora ocorre fora do “modo Maxcárdio” de abordar pacientes SCA e ICC sobre o programa e mostra-se dependente do esforço interacional do profissional no sentido de ir além do mandato institucional do programa. A *necessidade* de se esforçar para produzir falas (potencialmente) particularizadas deve-se, muito, ao padrão interacional enrijecido de apresentação de informações constantes nos manuais adotado pelos/as profissionais. O *modo Maxcárdio* de apresentar o programa, enfim, abre poucos espaços interacionais para uma participação mais agentiva dos/as pacientes de forma que eles/elas possam prover informações sobre suas experiências, expectativas, planos e, quem sabe, impedimentos para colocar em prática as recomendações oferecidas. Isso pode gerar consequências no sentido de impossibilitar o estabelecimento de um acordo para selar a adesão às recomendações feitas pelos/as profissionais.

A análise dos próximos excertos é feita a fim de corroborar o argumento de que a particularização no contexto estudado alicerça-se em uma camada que transcende o ajuste da fala ao/à interlocutor/a que, embora omnipresente na interação, não garante recomendações particularizadas às necessidades dos/as paciente. Alega-se que, assim como se observa na interação antes analisada (Excerto 4c), na interação apresentada a seguir, a particularização

também é disparada a partir do esforço da profissional em transcender o mandato institucional do programa Maxcárdio.

Os Excertos 5a, 5b e 5c exibem partes da interação entre a nutricionista Leia e a paciente Lígia, portadora de ICC. Além de portadora de ICC, Lígia convive com diabetes e, à época da coleta de dados, havia recentemente sido acometida por uma doença nos rins e por hipotireoidismo. A internação de Lígia fora motivada por sintoma de falta de ar e ela acabara sofrendo uma intervenção para a colocação de um aparelho de marcapasso. Durante a conversa entre ela e a nutricionista, Lígia estava acompanhada de sua cuidadora, Carla, que também participa da interação. O Excerto 5a mostra o momento em que Leia entra no modo Maxcárdio de apresentação. Veja-se o excerto:

Excerto 5a[HNS_Leia_Lígia_31_07_2013_a parte da nutrição]

162 LEIA: >que que< acon↑tece ã::: >já s-< ti↑veram
 163 orientaça::o de outros profissionais em
 164 relaça:o,=
 165 LÍGIA: =si:m °sim°
 166 (0.4)
 168 LEIA: à::: (.) ao progra:ma max↓cárdio né:: .h então
 169 >assi:m< a gente tento:u ã- uní no <mesmo manua:l>
 170 (0.6) né:: (.) ã:: >a parte da< fisioterapi:a,=
 171 LÍGIA: =é::
 172 LEIA: psicologi:a, nutrição, (0.5) as orientaçõ:es, (0.6)
 173 num único manua:l=
 174 LÍGIA: =[é::]
 175 LEIA: [↑pra]l ficá: mais fá:cil (.) pro
 176 paciente
 177 LÍGIA: [sim.]
 178 LEIA: [e pros] cuidado:res, (0.7) segui:r (.) os cuida↓dos
 179 (.) né:: h aqui: (0.7) tem a pa:rte da nutriçã:o (.)
 180 especificame:nte
 181 LÍGIA: sim

Pela numeração das linhas da transcrição, percebe-se que, antes de Leia iniciar a abordagem sobre o programa, já havia ocorrido conversa entre as participantes (trecho não mostrado). Na parte suprimida da transcrição da conversa, as participantes, i.e., a nutricionista, a paciente e sua cuidadora, haviam falado sobre a aceitação de Lígia ao cardápio que vinha recebendo durante a internação e sobre a dieta de restrição ao leite, prescrita pelo médico. Além disso, Lígia solicitara saber se a nutricionista poderia comparecer em outro momento para falar com sua irmã, pessoa que ficaria responsável por sua alimentação quando ela fosse para casa. Leia informa que, se não ela, outra nutricionista viria conversar com a irmã de Lígia antes da alta. Após o fechamento desse último tópico, Leia pega o manual Maxcárdio ICC e inicia a abordagem sobre o programa, retomando as visitas dos/as outros/as

profissionais da equipe à Lígia (l. 162-173) e falando sobre a utilidade do manual (“[↑pra]ficá: mais fá:cil (.) pro paciente e pros] cuidado:res, (0.7) segui:r (.) os cuida↓dos (.) né::”), até chegar ao ponto onde faz um pré-anúncio do tópico de sua fala dali para diante (“.h aqui: (0.7) tem a parte da nutrição (.) especificame:nte.”).

Ao longo da parte da conversa em que Leia aborda, tópico por tópico, as recomendações e explicações contidas no manual, Lígia limita-se a prover marcadores de recebimento (e.g., “mhm”) ou de reconhecimento (e.g., “sim”, “isso”) e fazer asserções sobre já adotar os hábitos nutricionais propostos no manual (e.g., “eu tomo [os medicamentos] religiosamente”) (trecho não mostrado). Essa parte ocupa 808 linhas de transcrição de turnos de fala. O Excerto 5b exibe a transcrição a partir da linha 989, instante da conversa em que Leia resume as recomendações do manual e, em seguida, dispara a particularização.

Excerto 5b[HNS_Leia_Lígia_31_07_2013_basicamente é isso]

989 LEIA: >então assim< em rela↑ção ↑ao (.) ã- ↑aos cuida↓dos
 990 né:: ↑às orientaçoes da maxcá:rdio (.) é i:sso=
 991 LÍGIA: =é=
 992 LEIA: =né: >de uma forma< ge↑ral (.) a gente: (.)
 993 orie:nta: (0.4) o cui↑dado com o ↑sal,(0.5) ã::: a-
 994 >uma dieta com< fibras, (0.4) [né:]=
 995 LÍGIA: [é]
 996 LEIA: =então as frutas,
 997 os vege↑tais os alimentos integra::is, (.) >e uma<
 998 alimentaçoão, (.) com ↑baixo <teor de gordu:ra>
 999 LÍGIA: sim.
 1000 LEIA: é i:sso (.) basicamente >é i:s[so<
 1001 LÍGIA: [tá]
 1002 LEIA: >a senhora tem< ↑o:utros cuida:dos tam↑bém
 1003 LÍGIA: [tá]
 1004 LEIA: [↑a]lém desses
 1005 (.)
 1006 LÍGIA: é.
 1007 (.)
 1008 LEIA: que ↑é a parte do ↑ri:m (.) né:,
 1009 LÍGIA: e:: a dia↑betes=
 1010 CARLA: =°m[hm°]
 1011 LEIA: [é]que a gente te:m que cui↑dá o
 1012 açú:car
 1013 LÍGIA: é.
 1014 (0.8)

Chama a atenção na fala da nutricionista, enquanto ela está resumindo as orientações nutricionais do manual, o uso da expressão “>de uma forma< ge↑ral” e da palavra “basicamente”. Por meio dessas escolhas lexicais, Leia descreve as recomendações aplicáveis a qualquer paciente portador/a de ICC e, portanto, generalizantes. O disparo de particularização acontece no turno multiparte subsequente de Leia, quando ela faz uma

asserção sobre outros cuidados nutricionais necessários em função do problema renal da paciente (“>a senhora tem< ↑o:utros cuida:dos tam↑bém [↑a]lém desses que ↑é a parte do ↑ri:m (.) [né:,]”, l. 1002-1008). Vê-se que Lígia, em resposta à Leia, faz relevante, ainda, um terceiro problema de saúde que a afeta, o diabetes. Leia ratifica a fala de Lígia provendo-lhe em resposta uma asserção sobre a necessidade de “cui↑dá o açú:car”. Não se pode deixar de observar, contudo, que, embora o diabetes fosse um tópico de extrema relevância para Lígia, não fora abordado por Leia, quando ela estava falando em modo Maxcárdio.

A fala de Leia nos turnos entre as linhas 1002 e 1008, produzida em primeira posição no sentido de abordar um tópico não elencado no manual, dispara a particularização. É a partir dessa fala que a conversa toma uma direção que oportuniza à Carla, a cuidadora, revelar um temor que acomete a ela mesma e à paciente. Veja-se o Excerto 5c, retomado a partir da transcrição da linha 1011, que mostra a parte da interação de interesse.

Excerto 5c [HNS_Leia_Lígia_31_07_2013_medo de ir pra casa]

1011 LEIA: [é]que a gente te:m que cui↑dá o
 1012 açú:car
 1013 LÍGIA: é
 1014 (0.8)
 1015 LEIA: tá:: (.) >mas assim ó< en↑quanto >tivé aqui no
 1016 hospita:l a gente vai conversa:ndo diaria↑mente,<
 1017 LÍGIA: mhm=
 1018 LEIA: =>a gente vai mexendo no cardá:pio< ↑quantas
 1019 [vezes for necessá:]rio,
 1020 [si:m >sim sim<]
 1021 (.)
 1022 LEIA: tá: pra senhora ↑conseguir se a[limen]tá::
 1023 LÍGIA: [é::]
 1024 LEIA: e a↑té a a:lta ↑quando chegá no momento da a:lta,
 1025 (.) a gente ai ver >também o ↑que que o< médico tá
 1026 prescre↑ve:ndo como ↑é que está:o os exa:mes,
 1027 LÍGIA: É
 1028 LEIA: >que aí< a ge:nte conve:rsa ma:is (.) ↑pra
 1029 alimentaça:o=
 1030 CARLA: =em ca:sa
 1031 LEIA: em casa
 1032 LÍGIA: [é:]
 1033 CARLA: [é a] nossa preocupação.=
 1034 LÍGIA =é
 1035 CARLA: ↑medo de ir pra casa
 1036 LEIA: ↑não mas a gente:: v- va:mo ficá tran↑quilo vamo-
 1037 (.) ↑vamos
 1038 LÍGIA: é
 1039 LEIA: por pa::rtes >eu sempre digo [assim]<
 1040 LÍGIA: [é:]

Vê-se que uma pausa de 0,8 décimos de segundos segue-se à concordância voluntária que Lígia provê à recomendação de Leia sobre a necessidade de a paciente controlar a quantidade de ingestão de açúcar. Após a pausa, Leia seleciona a palavra “tá” e a produz de maneira alongada. Nesse contexto sequencial, esse “tá:” (l. 1015) de Leia trabalha a favor de reabrir o tópico (SACKS, 1992) *cuidados*. Não obstante, Leia faz um *desvio* que se revela um *stepwise move*, i.e., uma forma de conectar o que falavam antes com o que se fala no momento presente, apesar de não estarem mais falando da mesma coisa. (HERITAGE, 1990; SACKS, 1992). Explicando de outra maneira, antes Leia estava falando sobre as recomendações nutricionais apresentadas no manual e dirigidas ao pós-alta. No momento seguinte (l. 1015 - 1022), Leia retoma o tópico tratado no início da interação, i.e., o ajuste do cardápio enquanto Lígia estiver no hospital para que ela consiga se alimentar (trecho não mostrado). Embora não esteja falando sobre recomendações para o pós-alta, esse desvio de Leia ou, nos termos da AC, uma sequência inserida⁵⁷, (SCHEGLOFF, 2007), opera para evidenciar um caráter de continuidade de cuidados nutricionais para com a paciente. Tanto é assim, que Leia encadeia o ajuste do cardápio às recomendações para o pós-alta (note-se que o turno subsequente de Leia, l. 1024, inicia com a conjunção coordenativa “e”) de forma a anunciar que, primeiro, serão feitos ajustes na dieta durante o período de internação, “e quando chegá no momento da a:lta” (l. 1024), recomendações serão realizadas para a alimentação “em casa”, conforme Carla, a cuidadora de Lígia oferece como complemento ao turno de Leia.

É no interim da coconstrução desse momento interacional que a particularização, já disparada no turno das linhas 1002 a 1008, modela-se. Em outras palavras, ao anunciar que as recomendações para o pós-alta serão baseadas nas prescrições do médico e nos exames da paciente (l. 1025-1026), Leia revela uma informação que toca a singularidade de Lígia. A ação de anunciar essa informação abre caminho para Carla, a cuidadora de Lígia, trazer à superfície da interação uma preocupação que as aflige, o “medo de ir pra casa” (l. 1035). Mas o que terá motivado Carla a explicitar o temor de receber alta? Aqui, recorre-se novamente a Sacks (1992).

Em sua *lecture* “*Everyone has to Lie*” (ctd), Sacks (1992, v. 1, p. 557) questiona como é possível que um/uma médico/a passe pelo corredor de um hospital e, ao encontrar

⁵⁷ Sequências inseridas são aquelas que se interpolam entre a primeira e a segunda partes de uma par adjacente. Por exemplo, se alguém produz uma saudação (e.g., A: “oi tudo bem?”), a resposta esperada é uma saudação (e.g., B: “tudo bem e você”, ou algo nessa linha). Se entre o par adjacente saudação-saudação os/as interlocutores/as produzirem falas não relacionadas ao curso de ação iniciado (e.g., B: “só um pouquinho vou desligar o telefone”, A: “okay”) antes de fechar o par adjacente, diz-se que eles/elas produziram uma sequência inserida.

um/uma paciente visivelmente doente, pergunte-lhe “como vai”⁵⁸ (ou expressões correlatas), mesmo sendo a pessoa que pergunta o/a médico/a que trata daquele/a paciente. Ainda: como é possível o/a paciente responder “tudo bem”, mesmo quando evidentemente não está tudo bem? O autor argumenta que isso é possível porque “como vai” é um tipo de fala que realiza ações diferentes, dependendo do seu posicionamento na ordem sequencial da conversa. Assim, “como vai” em posição de abertura da interação opera como cerimonial de cumprimentos que as pessoas engajam-se mesmo em situações como a descrita. “Como vai” (ou suas similares) em posições outras que não em inícios de interações, diferentemente daquela, são entendidas como solicitações de informações genuínas e, portanto, abrem espaço interacional para, e.g., no caso descrito, o/a paciente falar sobre seus problemas. Essa descoberta leva o autor a afirmar que, quando o/a médico/a daquele/a paciente provê o “como vai” em posição inicial de turno, não está “fazendo-se ser médico/a” (*doing being doctor*) naquele momento interacional. Naquela parte da interação, ele/ela “está fazendo-se ser” uma pessoa que se engaja em cerimoniais de cumprimentos com outras pessoas, conforme normativamente esperado que aconteça quando duas pessoas que se conhecem, mesmo que *en passant*, se cruzam.

Dessa discussão de Sacks, o que toca a questão da motivação de Carla para explicitar o medo de ir para casa é justamente o que Leia está fazendo-se ser a partir do momento em que topicaliza os outros problemas de Lígia até a parte da interação em que anuncia que as recomendações para o pós-alta serão baseadas na prescrição e nos exames da paciente. Em comparação com o que ela estava fazendo-se ser quando falava em modo Maxcárdio, i.e., animando (GOFFMAN, 1979) as informações contidas no manual, Leia, a partir daquele momento, passa a “fazer-se ser” a nutricionista de Lígia no hospital. Essa identidade interacional assumida por Leia propicia à Carla falar do medo porque, antes de mais nada, sua fala não é pura e simplesmente uma asserção, mas um pedido de auxílio que, então, encontra um ambiente interacional favorável (MAYNARD; SCHAEFFER; FRESSE, 2011) para se instaurar. Em resposta, Leia propõe que Lígia e Carla fiquem tranquilas⁵⁹ e, em seguida, oferece um plano de ação, qual seja: aplacar o medo “por partes”, o que em seguida Leia

⁵⁸ “How are you?”

⁵⁹ Dois aspectos do formato do turno de Leia merecem observações. O primeiro é que, gramaticalmente falando, a pessoa da conjugação do verbo “ir”, conforme empregado por Leia, é a primeira do plural – nós –, entretanto, quando “vamos” é empregado junto à expressão “ficar tranquilo”, opera de forma excludente. Isso ocorre porque as pessoas que supostamente devem tranquilizar-se são Carla e Lígia, e não Leia. O segundo aspecto diz respeito ao gênero selecionado no emprego da palavra “tranquilo”. Não obstante, Leia tenha duas mulheres como suas interlocutoras, ela seleciona o gênero masculino, e não o feminino, da palavra em questão. Isso demonstra que a particularização da conversa, sob o ponto de vista que se discute neste trabalho, independe da fala ajustada ao/à interlocutor/a de maneira *ipsis litteris*.

elabora nos seguintes termos: “va:mo pensá- enquanto tá a↑qui vamo pensá a↑qui [...]=>a gente vai tirando as< dú:vidas, (.) [né:,] <ao lo:ngo (.) da interaçã:o> (.) pra: ↑quando >for pra casa< ir tranqui:lo” (trecho não mostrado).

No que se refere à discussão em pauta neste capítulo, a análise da fala de Leia, que alegadamente trabalha como disparadora de particularização, pode ser espelhada na discussão sobre a fala de Marcos (Excerto 4b). Assim como a fala de Marcos, a de Leia também pode ser interpretada como inusitada. De forma correlata ao que pode ser observado no Excerto 4b, em que se discute a interação entre o fisioterapeuta Marcos e o paciente Vinícius, a fala de Leia é produzida em primeira posição, fora do escopo “apresentação das recomendações do manual Maxcárdio.” Além disso, percebe-se que a particularização da conversa entre a nutricionista e suas interlocutoras também ocorre na parte da interação em que Leia organiza os tópicos da conversa por meio de transposição em fases. (SACKS, 1992). Leia seleciona o tópico *outros cuidados* de maneira a construir uma ponte entre os cuidados que Lígia deve adotar no pós-alta, segundo as instruções do manual, os cuidados efetivos que estão sendo tomados enquanto ela está no hospital e a orientação da nutricionista (e, portanto, da instituição) para os cuidados para o caso específico de Lígia, a partir dos exames e prescrições médicas que ela receberá no momento da alta. Ao organizar os tópicos por meio de transposição em fases, Leia aborda aspectos *suis generis* à Lígia, o que faz com que a conversa assuma um caráter particularizado.

Nesse ponto, volta-se à discussão sobre o esforço do/a falante. No caso em questão, o esforço de Leia está justamente em não se limitar a cumprir o mandato institucional (CORONA, 2009; DREW; HERITAGE, 1992) do evento Maxcárdio. Afinal, ao topicalizar os problemas particulares de Lígia, a nutricionista mostra-se interacionalmente engajada na prática centrada na paciente, o que acaba por se traduzir em oportunizar que Carla revele o sentimento de medo que se apodera dela e de Lígia. Leia, assim, tem a oportunidade de lidar com um problema que afeta suas interlocutoras.

A discussão sobre como se dão os momentos de particularização no contexto estudado continua na próxima seção, na qual se analisam excertos de conversas entre os/as médicos/as da equipe e doentes participantes do programa. As análises dos excertos em que os médicos participam estão dispostas em uma seção separada porque a organização macroestrutural (CORONA, 2009; HAVE, 2007; SCHEGLOFF, 2007) e o mandato institucional ⁶⁰

⁶⁰ Para maiores detalhes sobre a organização macroestrutural e o mandato institucional dos encontros Maxcárdio, veja-se o Capítulo 4.

(CORONA, 2009; DREW; HERITAGE, 1992) das consultas de alta mostram-se diferentes, se comparados aos encontros em que participam os/as profissionais não médicos/as da equipe Maxcárdio, i.e., enfermeiros/as, fisioterapeutas e nutricionistas.

5.3 Justificativas em Primeira Posição que Resultam em Particularização: O Esforço de Ir Primeiro nas Consultas de Alta

Conforme o que fora previamente informado no Capítulo 2, os programas educativos Maxcárdio SCA e ICC, protocolarmente, começam a ser colocados em prática por meio da abordagem da equipe de enfermagem ao/à doente e seus/suas eventuais acompanhantes. Em seguida, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos/as visitam os/as pacientes para realizar as orientações condizentes com suas áreas de atuação profissional. Os programas educativos, enfim, culminam na consulta para a alta hospitalar do/a paciente. Nesses encontros, o mandato institucional (DREW; HERITAGE, 1992) gira em torno do próprio procedimento de alta realizado pelo/a médico/a. Isso gera implicações de ordem interacional para a maneira como a particularização das recomendações se dá porque, dessemelhante ao que ocorre nas interações em que participam os/as profissionais não médicos/as da equipe Maxcárdio, nessas interações, as medidas de autocuidado não são abordadas a partir dos manuais Maxcárdio SCA e ICC.

Conforme se poderá constatar a partir da exibição dos excertos desse capítulo, em algumas consultas de alta, as medidas de autocuidado são abordadas na fase de prescrição de tratamentos. Assim, observa-se que os/as médicos/as realizam a ação de prescrever autocuidados, e não de recomendá-los, como fazem os/as outros/as profissionais. Essa diferença se estabelece, antes de mais nada, pelo formato do turno e pela seleção lexical dos/as falantes. Os Excertos 6 e 7, apresentados a seguir, exibem extratos de interações com exemplos das ações de recomendar, em oposição à ação de prescrever⁶¹, no contexto estudado.

O Excerto 6 apresenta parte da conversa entre a nutricionista Lavínia, a paciente Sueli, portadora de ICC, e sua filha Gabriela. O Excerto 7 exhibe um fragmento da conversa entre o

⁶¹ Em consulta ao Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa, na primeira entrada para a palavra *recomendação* consta “indica como digno de atenção” e, na segunda, “aquilo que adverte, conselho, advertência, aviso”. Para a palavra *prescrição*, na primeira entrada, figura “ordem expressa” e, na quarta, “conjunto de todas as medidas não cirúrgicas (medicamentos, dietas, outros cuidados etc.) determinadas pelo médico para o tratamento de um doente”. Não obstante, conforme entendido pelos estudos em AC, é por meio da fala-em-interação que se pode evidenciar que uma recomendação, e não uma prescrição, ou vice-versa, está em curso de ação.

médico Caetano, o paciente Fausto, portador de SCA, e sua esposa Elisa. Em ambas as interações, o tópico gira em torno das dietas do/a paciente.

Excerto 6 [NHS_Lavínia_Sueli_18_07_13_ o ideal]

148 LAVINIA: [o ide]↑al qual seria (0.4) ã:: >começá a
 149 usá< ↑mais produtos integrais
 150 (1.2)
 151 LAVINIA: tá::??=
 152 GABRIELA: =mh:m, =

Excerto 7 [HNS_Caetano_Fausto_22_08_13_tira o saleiro da mesa]

306 CAETANO: é:: (.) ã: >primeiro.< não exagerá no sal.
 307 FAUSTO: si:m
 308 CAETANO: tão tenta (.) como é que vai cuidá o sal? tira o
 309 saleiro da mesa,
 310 FAUSTO: sim.
 311 CAETANO: usa o sal só do cozimento. ((olha para Elisa))
 312 (.)((ambos, Fausto e Elisa, assentem com a cabeça))
 313 CAETANO: tá?
 314 (.) ((Fausto e Elisa continuam assentindo com a
 315 cabeça))

No Excerto 6, nota-se que Lavínia produz um turno em formato declarativo iniciado pela expressão “[o ide]↑al” seguida por uma pergunta de resposta sabida (*known-answer question*) (SEARLE, 1969) – “qual seria” (l. 148) – que, após uma pausa, começa a ser respondida pela própria nutricionista. A resposta à pergunta, afinal, é dada de modo a mostrar favorecimento pela adoção de “↑mais produtos integrais” na dieta de Sueli. O formato e a seleção lexical da nutricionista não impõem tão fortemente a ação de expressar o direito de determinar a ação futura do/a interlocutor/a. (STERPONI, 2003; STEVANOVIC, PERÄKYLÄ, 2012). Isso se dá porque a produção de uma declaração não faz relevante as ações de rejeitar ou consentir sobre o que foi dito. No caso em análise, é somente após uma solicitação de concordância (“tá::??”, l. 151) que a paciente responde à nutricionista (“mh:m”, l. 152). O recibo de concordância de Gabriela, em termos interacionais, é descrito como uma fala mínima e não deixa evidente sua pré-disposição para adotar a dieta considerada “ideal” pela nutricionista.

O médico Caetano, por sua vez, produz o turno, representado pela transcrição na linha 306, em formato de diretivo. Diretivos fazem relevante um consentimento ou uma rejeição como resposta. (STERPONI, 2003; STEVANOVIC, PERÄKYLÄ, 2012). Embora não se possa ter certeza de que Fausto irá adotar a medida de cuidado prescrita, é exatamente com consentimentos que Fausto (e sua acompanhante) respondem às determinações feitas por

Caetano acerca das ações futuras concernentes à adoção e ao procedimento da dieta hipossódica do paciente. Assim, fica evidente a ação prescritiva da fala de Caetano.

Mesmo que as prescrições dos/as médicos/as apresentem-se por meio de turnos de fala em formatos não tão impositivos quanto aqueles que exibem, por exemplo, uso do modo imperativo (e.g., Excerto 7, l. 306 e 308-309), no que se refere à particularização da conversa, elas geram consequências interacionais diferentes das que suscitam as recomendações feitas pelos/as profissionais não médicos/as em termos de ação responsiva dos/as pacientes. Explicando melhor, enquanto prescrições fazem relevante a ação de aceitar ou de recusar o que foi proposto, anúncios de informações sobre o que seria *ideal* que o/a paciente adotasse como medida de autocuidado fazem relevante a ação de emitir marcadores de recebimento da informação.

Observa-se que as prescrições fazem condicionalmente relevante (SCHEGLOFF, 1968, 2007) a ação de aceitar ou de recusar porque não são entregues em formato de apresentação de tópicos contidos nos manuais; mesmo que sirvam como tratamento para outras pessoas (e.g., não exagerar no sal, não comer doce, tomar bastante ou pouca água, tomar o medicamento tal etc.), as prescrições são formuladas e entregues de modo que sugerem ter sido pensadas para aquele/aquela paciente em particular. Levando em conta, então, a organização macroestrutural (CORONA, 2009; HAVE, 2007) e o mandato institucional (CORONA, 2009; DREW, HERITAGE, 1992) das consultas de alta nesse contexto, deve-se pensar a particularização em dois níveis. O primeiro nível de particularização, além de estar na camada da fala ajustada ao/à interlocutor/a (SACKS, 1992; SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974), é constituinte do procedimento de alta; o segundo nível reside no esforço empreendido pelo/a médico/a no sentido de voluntariar *justificativas* para determinado tratamento, práxis que está para além da ação proforma de prescrever o tratamento.

Visto que *justificativa* passa a ser um termo relevante para a discussão analítica desenvolvida nesta seção, faz-se necessário abordá-lo a fim de esclarecer como esse conceito é entendido pela AC. O conceito de *account*, proveniente do termo *accountability*, cunhado por Garfinkel (1967), é explicado por Shotter (1984, p. 181, tradução nossa) como:

uma ação ou atividade [concernente] à fala sobre a ação ou atividade como a atividade é, funciona, se funciona de todo, de modo a apresentar atividade,

apresentá-la àqueles/as que a enfrentam ou estão envolvidos nela, como algo visivelmente sensato e reportável para todos os propósitos práticos⁶².

Em outras palavras, a provisão de justificativas na conversa revela que os/as coparticipantes estão orientados/as para uma possível perturbação de ordem moral, racional ou prática frente ao que foi dito (por vezes, para o que está para ser dito ou, ainda, para o que está por ser feito⁶³). A orientação para a necessidade de provimento de *accounts* revela-se por meio das ações interacionais de justificar-se, explicar-se ou “prestar contas”. (GARCEZ, 2008, p. 27). Conforme salientado por Ostermann, Andrade e Frezza (no prelo), “[essa] ordem moral (ou racional, ou prática) não é entendida como algo extrínseco à interação. [...] mas como algo coconstruído pelos/as membros/as e perceptível por meio da análise sequencial dos turnos”.

Prover justificativas é uma maneira de ajustar a fala ao/à interlocutor/a na medida em que, ao provê-las, o/a falante demonstra ter feito uma identificação do/a coparticipante a quem a justificativa se destina. (SACKS, 1992). Importa esclarecer que fazer uma identificação do/a coparticipante é algo que se dá em vários níveis, interacionais ou não. Explicando melhor, é pertinente pensar que pessoas que se conhecem e convivem há muito tempo (e.g., parentes, amigos/as, amantes) estão em posição de fazer identificações mais simétricas uma em relação à outra a partir de recursos que extrapolam a conversa local e situada (e.g., a escolha de compra de um CD com base no conhecimento das preferências musicais da outra pessoa). Em contextos institucionais como o evento discutido nesse trabalho, em que o contato entre as pessoas é estabelecido dentro da relação prestador/a de serviço-cliente, ter feito uma identificação do/a coparticipante significa, por parte dos/as profissionais, ter tido acesso a informações sobre o/a paciente a partir do seu prontuário ou de conversas com colegas. Porém, em certa medida, significa também ter feito uma identificação das ações interacionais (verbais ou não verbais) intrínsecas à interação local e situada.

Nesse aspecto, justificativas já foram abordadas em contexto de conversas entre profissionais da área de saúde e pacientes em sequências interacionais constitutivas da fase de recomendação. (BYRNE, LONG, 1976). Nesses estudos, justificativas são apontadas como indexalizadores de busca por aceitação à recomendação oferecida frente aos sinais de resistência demonstrados pelos/as pacientes face ao tratamento proposto pelo/a médico/a (e.g., COSTELLO; ROBERTS, 2001; HERITAGE; MAYNARD, 2006; KOENIG, 2011; STIVERS, 2002, 2003, 2005a, 2005b, 2006).

⁶² “[...] an action or activity [concerning] with talking about the action or activity as the activity it *is*; it works, if it works at all, to render the activity, to those who confront it or are involved in it, as something ‘visibly-rational-and-reportable-for-all-practical-purposes.’”

⁶³ Agradeço a contribuição pontual da professora Ana Cristina Ostermann, nesse aspecto.

Esse tipo de sequência interacional, i.e., proposta de tratamento → demonstração de resistência → provimento de justificativas, também pode ser observado nos dados que servem ao presente estudo, conforme fica evidente na análise do Excerto 8. O excerto traz parte da interação entre o médico Frederico e a paciente Lígia, a mesma paciente que conversou com a nutricionista Leia e cuja cuidadora, naquela ocasião, havia manifestado, em seu próprio nome e em nome de Lígia, “↑medo de ir pra casa” (Excerto 5c, l. 1035). Frederico está dando alta para a paciente, e a parte da conversa de interesse ocorre na fase de prescrições⁶⁴. (BYRNE; LONG, 1976). O médico já havia prescrito os medicamentos e os cuidados com o aparelho de marcapasso que a paciente deveria adotar (e.g., marcar consulta de (re)avaliação do aparelho), quando topicaliza a dieta restritiva a açúcares, visto que Lígia é diabética. O excerto inicia no ponto em que Frederico realiza a prescrição.

Excerto 8 [HNS_Frederico_Lígia_13_08_13_não vou precisar tomar insulina?]

143 FREDERICO: .hh e quanto à dia↑betes não comê doce comê ↑só::
 144 (0.4) [ã::]=
 145 LÍGIA: [sim]
 146 FREDERICO: =>comidas< com ado↑ça:n+te né,=
 147 LÍGIA: =si:m
 148 [adoçante]
 149 FREDERICO: [no lu]↑gar (0.5) e:: o ↑doce
 150 deixá: né: ↑tudo o que for açú:car [ou tivé::]
 151 LÍGIA: [sim sim] mas
 152 [i:sso eu já faço]=
 153 FREDERICO: [o doce na na com-]
 154 LÍGIA: =há ↑tempo dou↑tor
 155 FREDERICO: eu ↑sei (.) [continu↑á faze:ndo ↓né]
 156 LÍGIA: [não- >eu- eu-< ↑sabe que eu] estranhe:i
 157 >porque< aqui a glico:se f- >foi lá no-<
 158 FREDERICO: é porque a↑qui >>o que que acontece<< a↑quelas
 159 medicações que a senhora tomava pro diabe:tes,< (.)
 160 normalmente- dura:n+te a >hospitalização< a gente:
 161 dei[xa sem]
 162 LÍGIA: [a:::] tá bom [tá bom °tá°]
 163 FREDERICO: [tá::,] <a↑gora>
 164 quando a senhora vai voltá pra ↑casa é que
 165 a[senhora]=
 166 LÍGIA: [sim]
 167 FREDERICO: =vai vol↑tá a tomá (.) as mesmas
 168 [medicações]=
 169 LÍGIA: [as mesmas]
 170 FREDERICO: =>do: do- do diabe:tes
 171 LÍGIA: si:m
 172 FREDERICO: que ↑essas aí de:vem entã::o >↑controlá: de no:vo a
 173 sua[glicose<]
 174 LÍGIA: [de no:vo] tá [bom]

⁶⁴ Byrne e Long (1976) nomeiam como recomendações a fase aqui referida como de prescrições. Contudo, tendo em vista o que foi discutido anteriormente sobre as ações de recomendar e prescrever, no contexto estudado, opta-se por ajustar o nome da fase para efeitos de discernimento do/a leitor/a acerca do que está sendo tratado no momento.

175 FREDERICO: [é que] a↑qui no hospital >que a
 176 gente não ↑gosta de
 177 deixá<=
 178 LÍGIA: =[não não tudo be:m]
 179 FREDERICO: =[>>a gente faz aquele contro]le com a-<<
 180 com os- com [o::s]=
 181 LÍGIA: [mhm.]
 182 FREDERICO: =[h-g-te:s e a]=
 183 LÍGIA: [sim sim]
 184 FREDERICO: =insulina se for
 185 neces[sário]
 186 LÍGIA: [°sim°]
 187 FREDERICO: então aqui é um hospita:l é um
 188 [<↑outro ti:po de contro:le>]
 189 LÍGIA: [quer dizê que (doutor)] vou em↑bora e >não
 190 preciso mais de insu↑lina,<
 191 FREDERICO: não não vai precisá [mais da insulina]=
 192 LÍGIA: [a: °então tá°]

A prescrição de dieta para controle de índice glicêmico feita por Frederico mostra-se distribuída em um turno multiparte (l. 143, 146 e 149-150) dentro de uma sequência coconstruída por Lígia, em que ela demonstra domínio epistêmico (HERITAGE; RAYMOND, 2005; RAYMOND; HERITAGE, 2006), i.e., conhecimento sobre o tópico feito relevante pelo médico. A demonstração de domínio epistêmico por parte de Lígia é realizada em um grau crescente de afirmação. Explicando melhor, no turno da linha 145, Lígia provê uma resposta preenchida pelo advérbio “[sim].” Contudo, essa resposta afirmativa da paciente é dada frente a um turno em formato declarativo de Frederico, e não, por exemplo, após uma pergunta que faz relevante uma resposta do tipo *sim* ou *não*. Assim, a ação realizada não é a de concordar, mas sim a de afirmar conhecimento de forma independente do que foi dito no turno que ocupa a primeira posição na sequência. (HERITAGE; RAYMOND, 2005).

Percebe-se que a resposta de Lígia gera consequências para a produção do turno seguinte de Frederico (l. 146), uma vez que ele diminui a força prescritiva de sua fala ao prover um enunciado declarativo acrescido do marcador discursivo “né”, que, local e situadamente, opera como buscador de concordância. Desse modo, a resposta afirmativa proferida por Lígia no turno da linha 147 trabalha como indexicalizador de concordância. Entretanto, Lígia reverte a posição de concordante que lhe foi sequencialmente imposta e volta a ocupar a posição de *conhecedora* do tópico em pauta. Isso se dá pelo alto grau de domínio epistêmico que a repetição, local e situada, da palavra “[adoçante]” (l. 148), primeiramente proferida pelo médico, reivindica. (SIDNELL, 2012). Finalmente, Lígia sela a demonstração de domínio por meio de epistême de experiência (WEIDNER, 2011), que ela apresenta quando anuncia já proceder à dieta para controle glicêmico “há ↑tempo” (l. 154), ao que Frederico responde prescrevendo que ela persevere na dieta de restrição de açúcar.

Em termos de ação, a fala de Lígia em que ela afirma já proceder à dieta restritiva a açúcares expressa resistência da paciente à prescrição feita por Frederico. Nesse sentido, pode-se dizer que a prescrição de Frederico não é de muito auxílio para a paciente, pois Lígia mostra ter conhecimento sobre a necessidade de restringir o açúcar e, mais do que isso, ela afirma já proceder à dieta prescrita. Desse modo, percebe-se que Frederico não ajusta sua fala a sua interlocutora local no sentido de particularizar a conversa. De outro modo, ele faz uma prescrição que se mostra generalizada na medida em que restringir o açúcar é indicado a todos/as os/as pacientes diabéticos.

O monitoramento de Lígia em relação ao seu estado de saúde torna-se ainda mais evidente frente ao curso de ação que ela inicia ao enunciar o estranhamento que lhe causou o fato de seu índice glicêmico ter-se mostrado alterado durante o período de internação. Com efeito, a fala de Lígia no turno das linhas 156 e 157 trabalha como indicador de uma perturbação de ordem prática e, possivelmente, racional, em vista da prescrição de Frederico. Explicando de outra maneira, algo saliente na fala de Lígia é que seu estranhamento advém do fato de seu índice glicêmico ter-se mostrado alterado “aqui”, ou seja, no hospital, onde, a princípio, deveria ser o local de soluções para seus problemas de saúde. Assim, a perturbação de ordem racional se explica pelo fato de, infere-se, sua glicose ter-se mantido controlada antes da hospitalização e, no hospital, mostrar-se alterada. Ao lado disso, a perturbação de ordem prática se fundamenta no fato de que, na sua percepção, sua diabetes agravara-se, pois, nesse momento, ela entende que voltará para casa tendo que administrar insulina para controlá-la, como fica evidente no decorrer da interação (veja-se mais adiante).

Com efeito, o anúncio do estranhamento é o que motiva Frederico a prover justificativas, em segunda posição, para o porquê de o índice glicêmico de Lígia mostrar-se alterado no hospital. A sequência que abriga as justificativas de Frederico (linhas 158-1888) é ocupada por vários turnos em que o médico informa a paciente sobre as medidas de cuidados para controle glicêmico adotadas no hospital, quais sejam: (a) suspender a medicação previamente utilizada pela paciente; (b) fazer o controle por meio de hemoglicoteste⁶⁵ (HGT); (c) utilizar insulina, caso necessário. Ao lado disso, o médico informa à paciente que ela retomará o uso de medicamentos quando voltar para casa e que os remédios “de:vem entã::o >↑ controlá: de no:vo a sua[glicose]<” (l. 167-173).

Lígia, por sua vez, ao final do turno em que Frederico inicia a elaboração das justificativas, demonstra uma mudança de estado cognitivo (HERITAGE, 1984),

⁶⁵ Teste para medição de quantidade de açúcar no sangue realizado por meio de coleta de uma amostra de sangue do/a paciente, normalmente retirada do dedo.

aparentemente, sinalizando entendimento sobre o porquê seu índice glicêmico estar alterado (“a:::”) e, em seguida, oferece o que pode ser interpretado como expressões de resiliência (“tá bom [tá bom °tá°]”, l. 162), que voltam a repetir-se em outros turnos (l. 174, 178). Os oferecimentos de expressões de resiliência são intercalados por turnos em que Lígia provê continuadores (l. 166 e 171), recibos de reconhecimento (l. 181 e 183) e indexicalizadores de entendimento como, e.g., a repetição de palavras ditas pelo médico (l. 169).

Apesar das ações de alinhamento e de afiliação⁶⁶ (STEENSIG; LARSEN, 2008) de Lígia às justificativas providas por Frederico, a paciente faz uma formulação em formato canônico (HERITAGE; WATSON, 1979; OSTERMANN; SILVA, 2009, 2012), na medida em que oferece um candidato de entendimento sobre o que irá acontecer em termos de método de controle glicêmico a ser adotado por ela em casa, a ser confirmado pelo médico. A formulação que Lígia faz, afinal, revela que ela, até aquele momento, mantinha o entendimento de que teria que continuar a tomar insulina em casa para tratar de sua diabetes, algo que não era necessário antes de ser hospitalizada. Percebe-se que é somente após Frederico confirmar o candidato de entendimento da paciente, i.e., confirmar que ela não precisará submeter-se a esse tipo de tratamento em casa, é que fica evidente o esclarecimento da situação, sob a perspectiva da paciente; ela responde sinalizando uma mudança de estado cognitivo e oferece o que, a princípio, poderia ser interpretado com uma expressão de resiliência, conforme o padrão de resposta que ela vinha apresentando (“a: °então tá°”, l. 192). Contudo, diferentemente do que ocorre nos turnos anteriores, o turno de fala da linha 192 sugere o oferecimento de um candidato a fechamento de tópico por parte de Lígia. Isso é significativo porque ela evidencia sua prontidão para seguir adiante com a conversa, uma vez esclarecida a questão sobre o motivo da alteração do seu índice glicêmico no hospital.

A análise desse excerto suscita dois pontos de discussão. O primeiro refere-se a como se dá o processo de particularização na conversa entre Frederico e Lígia. Assim como já apontado por estudos em AC em contextos de recomendação/prescrição em favor de determinados tratamentos de saúde (e.g., COSTELLO; ROBERTS, 2001; HERITAGE;

⁶⁶ O termo (des)alinhamento – *(dis)alignment* – neste caso, bem como em todas as suas ocorrências ao longo deste trabalho, é utilizado de acordo com a definição de Steensig e Larsen (2008), segundo a qual a ação realizada pelo/a interlocutor/a que responde a uma primeira ação (não) corresponde àquela requerida ou projetada pela outra parte (e.g., aceitar ou recusar são ações alinhadas à ação de convidar ao passo que silenciar é uma ação desalinhada à ação de convidar); ressalta-se, no entanto, que, enquanto aceitar um convite configura-se uma ação (alinhada) preferida, recusá-lo é uma ação (alinhada) despreferida). O termo (des)afiliação – *(dis)affiliation* – também é tomado conforme Steensig e Larsen (2008) neste trabalho. Os autores esclarecem que (des)afiliação, no contexto interacional, está para circunstâncias nas quais o/a participante (não) toma para si e (não) explicita a mesma perspectiva do/a coparticipante e/ou concorda com a sua posição.

MAYNARD, 2006; KOENIG, 2011; STIVERS, 2002, 2003, 2005a, 2005b, 2006), vê-se que as justificativas de Frederico são elaboradas a partir da ação de resistir implementada por Lígia, ao não aquiescer à prescrição de não comer doces e usar adoçante no lugar do açúcar. As informações que falam à singularidade do uso momentâneo de insulina por Lígia não são voluntariadas pelo médico, mas requeridas pela paciente e, assim, produzidas em segunda posição. Nesse sentido, a particularização da prescrição feita por Frederico ocorre na mesma camada em que acontece a particularização das falas das enfermeiras Priscila e Sabine (Excertos 1 e 2), do fisioterapeuta Marcos (Excerto 4a) e da nutricionista Leila (Excerto 5a), enquanto elas e ele estão no “modo Maxcárdio.” Explicando melhor, a particularização mantém-se ao nível da fala ajustada ao/à interlocutor (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974) inerente a qualquer fragmento de interação que se mostra, local e situadamente, inteligível para os/as coparticipantes. Isso acontece porque Frederico não se esforça interacionalmente de modo a informar Lígia sobre como o controle de índice glicêmico se dá em situações de hospitalização.

Essa ausência de esforço interacional de Frederico conduz à discussão do segundo ponto suscitado a partir da análise do Excerto 8, qual seja: *o confisco do corpo* de Lígia. Nesse aspecto, há amplo debate na área de Antropologia Médica sobre como uma pessoa em situação de hospitalização deixa de ser um indivíduo e passa a ser um/uma internado/a. (SACKS⁶⁷, 1984). Essa “passagem de pessoa para paciente”⁶⁸ (SACKS, 1973, p. 60, tradução nossa) se concretiza de diversas maneiras: (a) pelo controle exercido pelos/as profissionais ao acesso a informações sobre, e.g., alterações biológicas do corpo da pessoa; (b) pela manipulação do corpo, muitas vezes, à revelia da pessoa; (c) pela imposição de horários de dormir, acordar, alimentar-se, tomar banho, tomar medicamentos, bem como de horários para receber visitas; d) pela privação de atividade sexual etc. (FRANKENBERG, 1988).

Nessa linha argumentativa, Scheper-Hughes e Lock (1987), antropóloga e médica antropóloga, respectivamente, conceituam “corpo” em três categorias, quais sejam: individual, social e política. O corpo individual corresponde ao sentido do eu incorporado (*embodied self*) como existindo separadamente de outros corpos individuais; é o *status* do corpo que se encontra sob o domínio da pessoa humana. O corpo social corresponde aos usos representacionais do corpo como símbolo natural por meio do qual se pensa sobre natureza, sociedade e cultura, algo que, segunda as autoras, se mostra complexo porque “nem sempre é

⁶⁷ Este não é o mesmo autor que vinha sendo citado até o momento no texto. Aquele é Harvey Sacks, um dos cofundadores da AC, esse é Oliver Sacks, estudioso na área de Antropologia Médica.

⁶⁸ “[...] turning from person to patient.”

possível ver onde a natureza termina e a cultura começa, nessa equação simbólica”⁶⁹ (SCHEPER-HUGHES; LOCK, 1987, p. 19, tradução nossa); portanto, ainda segundo as autoras, é, muitas vezes, difícil de perceber de que forma as experiências do corpo tornam-se representação da sociedade. O corpo político, por sua vez, corresponde ao *status* do corpo regulado, vigiado e controlado (individual ou coletivamente) “na reprodução e na sexualidade, no trabalho e no lazer, na doença e em outras formas de desvio e diferenças humanas”⁷⁰. (SCHEPER-HUGHES; LOCK, 1987, p. 7-8, tradução nossa) .

Sem a intenção de aprofundar aspectos teóricos da alçada da Antropologia e da Antropologia Médica, o que salta aos olhos no Excerto 8 é a capacidade da AC de evidenciar como o médico e a própria paciente lidam, interacionalmente falando, com o que, nos estudos (médicos) antropológicos, seria entendido como o confisco dos corpos social e político de Lígia. Talvez Frederico nunca tivesse dito à Lígia o motivo da alteração do nível de glicose em sua corrente sanguínea, se ela não tivesse evidenciado sua perturbação com as ordem racional e prática na sequência interacional exibida no Excerto 8. Interessante também é perceber que Lígia prontamente aceita as justificativas do médico, colaborando com a reprodução normalizada do modelo biomédico de manipulação de corpos à revelia dos/as pacientes e de controle ao acesso à informação sobre seus corpos.

A maneira como Frederico e Lígia agem evidencia que a análise da fala-em-interação pode contribuir para tornar visíveis práticas que acontecem no mundo, engendradas por pessoas reais, de modo que conceitos teóricos possam tornar-se palpáveis. Nesse sentido, torna-se pertinente refletir sobre o que Bourdieu (1991) chama de violência simbólica. Sobre esse conceito, também nomeado poder simbólico, o autor refere as formas de poder exibidas na vida cotidiana, raramente impostas pela força física, mas exercidas tácita e legitimamente por serem reconhecidas pelas partes envolvidas como constitutivas da hierarquia das relações nas quais estão inseridas. A análise minuciosa da interação entre Frederico e Lígia, afinal, permite trazer para o plano do concreto aquilo que, de outra maneira, permanece no plano da intuição.

Vale lembrar, porém, que o exercício de *poder* na fala-em-interação raramente mostra-se estável, com uma pessoa possuindo autoridade absoluta sobre a outra durante todo o tempo que perdura a conversa. Ao contrário, é comum a distribuição de *poder* mostrar-se assimétrica. No caso da conversa em foco, a própria ação da paciente de solicitar justificativas

⁶⁹ “[...] it is not always possible to see where nature ends and culture begins, in this symbolic equation.”

⁷⁰ “[...] in reproduction and sexuality, in work and in leisure, in sickness and other forms of deviances and human differences.”

do médico para a inesperada e, arrisca-se dizer, indesejada alteração dos seus índices glicêmicos deixa transparecer uma atividade interacional agentiva de Lígia que, ao fim e ao cabo, parece trabalhar a favor de um movimento de resgate de seu corpo individual. (SCHEPER-HUGHES; LOCK, 1987). Afinal, daquele momento em diante, os cuidados com seu corpo serão de sua própria responsabilidade e de sua cuidadora e, como fica evidente no Excerto 5c (l. 1035), elas estavam temerosas nesse sentido, antes de a situação sobre a alteração dos seus índices glicêmicos se esclarecer.

Em contraste com o que ocorre na interação entre Frederico e Lígia, o próximo excerto exibe uma interação em que se pode observar outro médico provendo justificativas, mas, dessa vez, em primeira posição. A conversa de interesse acontece entre o médico Alberto, a paciente Sueli e sua filha Gabriela. Sueli, paciente portadora de ICC, à época da coleta de dados, havia sido hospitalizada por conta de uma arritmia cardíaca. Cabe informar, também, que, àquela época, Sueli já fazia tratamento para a síndrome de Alzheimer havia dois anos. A filha de Sueli, Gabriela, por já ser aposentada e morar com a mãe, era responsável por auxiliá-la com os cuidados relativos à sua saúde.

A parte de interesse da interação é mostrada no Excerto 9 e abarca o momento em que o médico e suas coparticipantes conversam sobre os cuidados nutricionais de Sueli. O excerto começa no ponto em que Alberto seleciona o tópico *cuidados de nutrição*.

Excerto 9 [HNS_Alberto_Sueli_16_07_13_cuidados de nutrição]

326 ALBERTO: os cuidados da nutrição da senhora,(0.6) tem que ser
 327 em relação à quantidade de sal,
 328 (1.0)
 329 ALBERTO: já deve ter sido orientado né?[pela:] equipe de=
 330 GABRIELA: [sim.]
 331 ALBERTO: =nutrição=
 332 GABRIELA: =sim.
 333 ALBERTO: a senhora tem um limite de sal que a senhora pode
 334 comê? e tem que avaliá todos os alimentos né?=
 335 =°mhm°=
 336 ALBERTO: =os alimentos industrializ↓ados que? (0.8) >de
 337 qualquer maneira< não seriam os ideais pra comê.=
 338 GABRIELA: =claro.=
 339 ALBERTO: =mas se for comê tem que (0.6)
 340 contabilizá aquilo ali no que que ↑tá utilizando de
 341 sal.=
 342 GABRIELA: =tá.=
 343 ALBERTO: =tá?=
 344 SUELI: =°mhm°
 345 (.)
 346 ALBERTO: mas também? o uso ↑de ã::: alimentação com vegetais,
 347 (0.8) verdes escuros, que nem a gente tinha
 348 comentado. (0.7) era importante que a senhora coma
 349 um pouquinho disso? (.) não precisa ser muito?=
 349

350 SUELI: =°mhm°=
 351 ALBERTO: =mas também não pode ser nada?
 352 (0.5)
 353 ALBERTO: porque essa medicação.(.) ela inibe a vitamina k-? e
 354 a vitamina k- tá presente nesses(.)alimentos. (.) se
 355 a senhora não comê nada? o remédio vai fazê muito
 356 efeito.=
 357 SUELI: =°m°=
 358 ALBERTO: =a senhora tem risco de sangramento.
 359 (0.7)
 360 ALBERTO: então eu não quero dizê que a senhora coma muito?=
 361 SUELI: =mh[m:]
 362 ALBERTO: [mas] que a senhora coma? (0.5) uma quantidade
 363 regular [todos os dias.]
 364 GABRIELA: [quantas vezes] por semana? todos os dias.
 365 um pouquinho?=
 366 ALBERTO: =o ideal seria todos os di[as.]
 367 GABRIELA: [todos] os
 368 dias um pouquinho tá.

Alberto seleciona o tópico *cuidados de nutrição* anunciando que a paciente deve estar atenta à “quantidade de sal,” (l. 327) consumida. Percebe-se, pela entonação contínua⁷¹ de Alberto (à l. 327, veja-se o sinal de vírgula após a palavra *sal* na transcrição), que seu turno de fala, embora apresente estruturas gramaticais sintáticas e semânticas completas, encontra-se ainda em processo de elaboração. A entonação que Alberto produz quando profere a palavra *sal*, i.e., uma entonação que sugere algo sendo dito em formato de lista, conforme se pode notar pelo sinal de vírgula, utilizado na transcrição⁷², parece operar como uma pista de contextualização (GUMPERZ, 1982) indicativa de seu turno ainda não estava completo. Isso, em certa medida, explica a pausa de 1 segundo que se segue após a sua fala. Depois da pausa, Alberto solicita a confirmação sobre as orientações nutricionais terem sido abordadas pela equipe de nutrição, ao que ambas as interlocutoras confirmam ter acontecido. Em seguida, ele volta ao tópico sobre a dieta hipossódica anunciando que há um limite de sal que a paciente deve consumir e atenta para a necessidade de contabilizar a quantidade de sódio contido nos alimentos industrializados. O médico produz, então, uma avaliação negativa sobre o consumo de produtos industrializados (l. 337). Gabriela, em resposta à avaliação de Alberto, produz uma afirmação que incrementa a avaliação do médico (“claro.”) e, assim, embora afiliando-se a ele, exibe um posicionamento epistêmico independente do conhecimento demonstrado pelo médico. (HERITAGE; RAYMOND, 2005).

O tópico *dieta hipossódica* é encerrado com o acordo em torno do procedimento de contabilizar a quantidade de sódio contido nos produtos industrializados, caso Sueli venha a

⁷¹ Veja-se Anexo A, ao final do trabalho.

⁷² Vejam-se as convenções de transcrição no Anexo A, ao final do trabalho.

consumir esse tipo de alimento. Chama a atenção que, embora Gabriela consinta voluntariamente (l. 342) o direito de Alberto de dizer o que ela e sua mãe *têm* que fazer, afiliando-se, portanto, à ação de prescrever engendrada por Alberto, ele busca o mesmo tipo de ação afiliativa por parte de Sueli, que responde com uma ação preferida, porém, provendo uma resposta mínima (“= °mhm°”, l. 344).

Na linha 346, após uma micropausa, Alberto desenha o turno de modo a projetar o conteúdo de sua fala como relacionado, ainda, aos cuidados nutricionais de Sueli (“mas também?”). Ao prosseguir falando, o médico seleciona o tópico *vegetais de cor verde-escura na alimentação da paciente*. Como se pode perceber pela fala de Alberto transcrita nas linhas 347-348, tal tópico já havia sido tratado entre o médico, a paciente e sua filha. No turno transcrito entre as linhas 353 e 356, ao (re)selecioná-lo, Alberto oferece uma justificativa para a prescrição em favor do consumo de vegetais de folhas de cor verde-escura. A prescrição se justifica, segundo o médico, porque a medicação (anticoagulante) que Sueli está tomando inibe a produção de vitamina K no organismo e a ausência de vitamina no organismo da paciente, infere-se, poderá provocar sangramentos. Argumenta-se que a provisão de justificativa trabalha a favor de particularizar a prescrição porque ela é voluntariada como afinada à condição de saúde da paciente interlocutora de Alberto.

Nesse ponto, alega-se que o acesso à informação oportunizado por Alberto, sobre como o corpo de Sueli pode vir a reagir diante da falta de vitamina K (o que é dito) por meio de uma justificativa produzida em primeira posição (como é dito) dispara a particularização da conversa para além da camada da fala ajustada ao/à interlocutor/a (ALMEIDA, 2009; SACKS, 1992; SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974) à proporção em que promove a autonomia de Sueli e, por extensão, a de Gabriela, de maneira que elas possam, mais do que aquiescer com uma *prescrição rotineira*, tomar uma decisão baseada na compreensão do risco que está implicado na ação de alimentar-se ou não de acordo com a indicação médica. (KUKLA, 2007). Esse argumento ampara-se em Kukla (2007, p. 30-31, tradução nossa), diante do que a autora afirma sobre autonomia com base na informação:

Todos nós [enquanto pacientes] somos terríveis em entender e raciocinar sobre riscos. Estarmos suficientemente ‘alfabetizados/as’ para compreender uma informação particular depende não somente de nossas habilidades cognitivas e do nosso nível de escolaridade, mas também de como a informação é empacotada e apresentada. [...] Nós não conseguimos entender uma informação a menos que possamos acessá-la [e] não conseguimos tomar decisões altamente qualificadas e

informadas sobre nossa saúde a menos que tenhamos acesso a um expert que possa prover uma avaliação sintética sobre as nossas situações particulares de saúde.⁷³

Tomando as afirmações de Kukla (2007) como base, argumenta-se que a maneira como Alberto empacota e apresenta as informações sobre a relação entre o consumo de vegetais de folhas verde-escuras e o risco de sangramento, em vista da medicação que Sueli está tomando, trabalha a favor do provimento de uma avaliação sintética sobre a situação particular de saúde de Sueli. O que disso toca a questão da particularização da conversa, conforme particularização vem sendo tratada nesse trabalho, é o fato de Alberto prover a justificativa em primeira posição, o que é extraordinário em termos de quebra de preferência por *ir segundo*. (SACKS, 1992, v. 2, p. 345). É o fato de ele *ir primeiro* que salienta a prescrição como tendo sido pensada para Sueli, e não para todo/a e qualquer paciente SCA nas mesmas condições da paciente.

De volta à análise da conversa entre Alberto, Sueli e Gabriela, nota-se que após o fechamento da justificativa segue-se uma pausa de 0,7 décimos de segundo (l. 359), considerada longa para os padrões interacionais do sistema de troca de turno em LRT⁷⁴, como é o caso ao final do turno de Alberto, transcrito na linha 358. Uma possibilidade para nenhuma das coparticipantes do médico ter tomado o turno naquele lugar (l. 359) remete ao conteúdo da última parte do turno de Alberto. Explicando melhor, no final de seu turno, Alberto aborda a possibilidade de sangramento de Sueli, tópico já tratado por ele quando estava prescrevendo o uso do anticoagulante para a paciente (trecho não mostrado). Ao se referir pela segunda vez à possibilidade de sangramento, Alberto reaviva o risco a que a paciente está sujeita e isso, em certa medida, trabalha a favor de salientar a gravidade do estado de saúde de Sueli. A pausa que ocorre após o turno de Alberto corrobora esse argumento na medida em que sugere fortemente que as coparticipantes tratam o tópico como delicado. (BERGMANN, 1998; SILVERMAN, PERÄKYLÄ, 1990).

Em vista da ocorrência de pausa e de as coparticipantes não terem se autosseleccionado, Alberto autosselecciona-se e faz uma retomada da quantidade indicada para

⁷³ “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. [...] We cannot understand information unless we can access it [and] 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.”

⁷⁴ Estudos (e.g., LEVINSON; TORREIRA, 2015; ROBERTS; FRANCIS; MORGAN, 2006) evidenciam que, na interação humana, a duração máxima de uma pausa entre turnos tomada como não indicativa de problema interacional é de, no máximo, 0,2 décimos de segundo. Após esse intervalo de tempo, os/as interlocutores/as tendem a “reagir ao silêncio”. (LEVINSON; TORREIRA, 2015, p. 5).

o consumo do tipo de vegetais mencionado em um de seus turnos anteriores (l. 348-351 e 360-363). Gabriela, então, em fala sobreposta, solicita informação relativa à frequência com que Sueli deve ingerir o tipo de alimento prescrito (“*quantas vezes por semana?*”) e, em seguida, solicita confirmação. A solicitação de confirmação que Gabriela produz carrega um candidato ao entendimento relativo à frequência e quantidade de ingestão do alimento prescrito por Alberto (“*todos os dias. um pouquinho?*”). Alberto confirma positivamente o candidato oferecido por Gabriela, e ela, por fim, aquiesce com a frequência e a quantidade sugerida pelo médico.

A análise da interação exibida no Excerto 9 respalda o argumento de que é o esforço do/a profissional em falar em primeira posição que modela a fala particularizada para além da camada da fala ajustada ao/à interlocutor/a, sem a qual nenhuma conversa minimamente inteligível sob a perspectiva dos/as participantes mostra-se possível, a começar pela seleção da língua (em comum) que se fala. Comparando-se as conversas em que participam o fisioterapeuta Marcos e a nutricionista Leia e a conversa em que participa do médico Alberto, uma diferença estabelece-se em relação a como a particularização ocorre nas interações. Nas duas primeiras, o esforço interacional que gera a particularização está em oferecer falas fora do “modo interacional Maxcárdio”, na última, o esforço está em prover justificativas que trabalham a favor de promover autonomia informada. (KUKLA, 2007). As justificativas providas por Alberto cooperam para a construção de uma relação médico/a-paciente baseada na corresponsabilização, e não na prática biomédica da prescrição rotineira, que impõe ao/à paciente a relevância condicional (SCHEGLOFF, 1968; 2007) de, preferencialmente (POMERANTZ; HERITAGE, 2013), consentir à prescrição. Em última instância, a prática de promover a autonomia informada do/a paciente trabalha a favor de tratar o corpo doente como um corpo individual. (SCHEPER-HUGHES; LOCK, 1987).

Em suma, a partir das análises apresentadas neste capítulo, pode-se perceber que, nos encontros entre profissionais não médicos/as e portadores/as de SCA ou ICC, a maneira como profissionais de saúde abordam pacientes para conversar sobre cuidados de saúde implicativos ao controle das doenças no pós-alta, no geral, não propiciam recomendações particularizadas. O *modo Maxcárdio de falar* gera implicações de ordem interacional que, inclusive, trabalha contra a constituição do encontro como um momento de discussão sobre as possíveis barreiras que os/as pacientes enfrentam para controlar suas doenças. De forma mais explícita, o anúncio de informações relativo às boas práticas de saúde contidas nos manuais faz relevante a ação de marcar o recebimento do informe em vez de tornar relevante o aceite

ou, de modo diferente, o motivo pelo qual tal recomendação ou prescrição mostra-se problemática para o/a paciente.

Talvez, uma forma de tornar os encontros Maxcárdio mais produtivos no sentido de aumentar as chances de prover recomendações particularizadas e, conseqüentemente, incrementar a tendência de adesão por parte dos/as pacientes seria adotar uma aproximação parecida com o que Maynard (1989, p. 91) nomeia de “sequência de demonstração de perspectiva”⁷⁵. Essa sequência, conforme explica o autor, é constituída por: (a) uma solicitação de opinião ou um convite de demonstração de perspectiva; (b) a resposta ou a opinião do/a recipiente [do convite] e (c) do relato subsequente do/a solicitante. A sequência de demonstração de perspectiva é descrita por Maynard (1989) a partir de estudos em AC em contexto de avaliação de crianças com problemas cognitivos. Maynard (1989) observa que, quando os/as médicos/as, responsáveis por informar as figuras parentais de que suas crianças eram portadoras de algum impedimento cognitivo, iniciam a conversa solicitando a perspectiva dos/as pais e mães sobre o comportamento de seus/suas filhos/as, a ação de dar a notícia em favor do diagnóstico positivo mostra-se menos problemática, interacionalmente falando. Segundo o autor, a minimização do impacto da notícia torna-se possível porque o diagnóstico positivo vai sendo coconstruído com as figuras parentais a partir do que elas mesmas vão relatando sobre suas percepções em relação ao (atraso do) desenvolvimento de suas crianças.

Embora Maynard (1989) tenha descrito e advogue em favor da sequência de demonstração de perspectiva como uma maneira de minimizar possíveis danos interacionais ao entregar notícias diagnósticas em contexto de avaliação de crianças com impedimentos cognitivos, a adoção da sequência parece ser uma boa maneira para promover a particularização de recomendações em favor de cuidados para o controle das enfermidades abarcadas pelos programas Maxcárdio. Solicitar a perspectiva do/a paciente e fazê-lo/a refletir sobre experiências que não deram certo e, principalmente, sobre como fazer para aumentar as chances de sucesso em torno de alguma medida crucial de controle para sua doença pode trabalhar a favor de estabelecer laços de compromisso com a adesão da terapia recomendada. O mesmo pode ocorrer nas consultas de alta, em que a prescrição também é feita, muitas vezes, sem que o conhecimento e a *expertise* do/a paciente em manter seu estado de saúde monitorado sejam levados em conta.

⁷⁵ “Perspective-display sequence.”

A adoção da sequência de demonstração de perspectiva ou, nesse caso, de uma *sequência de demonstração de necessidade de orientação* pode-se mostrar um passo em direção à particularização dos encontros em que os programas Maxcárdio são levados a cabo. Retomando a metáfora da tábua de oleiro, pensa-se que ao solicitar ao/à paciente *se e como* ele/ela realiza determinada prática de controle, o/a profissional terá maior chance de atuar sob possíveis necessidades de mudanças de hábitos e comportamentos cruciais para a contenção do agravamento da doença; assim, a conversa poderá ser constituída tal qual uma cerâmica moldada a quatro mãos.

A ausência de particularização incide também sobre as condições em que os/as pacientes cardiopatas demonstram tomar as recomendações e prescrições como aceitáveis. (KOENIG, 2011). Nesse aspecto, vê-se que os/as pacientes possuem preferências em relação ao/à profissional com quem eles/elas desejam conversar sobre como proceder para controlar as condições de saúde no pós-alta. A explicitação do desejo de conversar sobre cuidados de saúde no pós-alta com médicos/as faz revelar como profissionais e pacientes negociam no turno a turno questões relacionadas aos direitos e obrigações de saber e de dizer o que deve ser realizado como medida de controle no pós-alta. Os próximos dois capítulos são reservados à análise e discussão de como se dão essas negociações.

6 DIREITOS E OBRIGAÇÕES DE SABER E DE DIZER: PERCURSO EMPÍRICO

PARTE I

Recomendar e/ou prescrever são ações interacionais axiomáticas da tarefa institucional dos eventos interacionais Maxcárdio. Parte da negociação local e situada em torno do aceite ou da recusa de recomendações ou prescrições em contexto de cuidado de saúde no pós-alta hospitalar surge a partir de questões interligadas ao conhecimento exibido pelo/a profissional da equipe do programa em discussão. As negociações emergem à proporção que os/as pacientes não ratificam os/as interlocutores/as enquanto profissionais com direitos para fazer recomendações ou prescrições. A resistência dos/as pacientes ao direito requerido pelos/as profissionais para recomendar ou prescrever ocorre, tanto de maneira explícita, quanto de forma tácita. Enquanto resistências explícitas podem ser oferecidas, por exemplo, por turnos de fala que carregam justificativas (e.g., “mas isso eu já faço há tempos, doutor.”), turnos preenchidos por silêncios ou por falas que expressam o desejo de discutir a terapia proposta com outro/a profissional são exemplos de resistências ofertadas de maneira tácita.

Concebido com o intuito de assegurar o comprometimento do/a paciente portador/a de SCA ou ICC com a administração correta das medicações prescritas, bem como com as recomendações para o autogerenciamento de cuidados (e.g., dieta, exercícios físicos, cessação do fumo etc.)⁷⁶, o programa Maxcárdio de educação ao/à paciente cardiopata visa a evitar internações recidivas e, tanto quanto possível, incrementar a qualidade de vida dos/as doentes. Conforme já mencionado em outra oportunidade nesta tese, as doenças cardiovasculares (DCV) suplantam quaisquer outras doenças em *causa mortis* em nível global. Ademais, tanto a SCA quanto a ICC, além de outras DCV, quando não controladas, tendem a impactar negativamente a sobrevivência e a qualidade de vida dos/as pacientes, resultando em repetidas internações, além de favorecer o absentéismo e a aposentadoria precoce. (ANDRADE et al., 2013). Uma vez que o controle dos fatores de risco evitáveis está intrinsecamente ligado à possibilidade de uma melhor qualidade de vida no pós-alta, pode-se pensar que pacientes participantes do programa Maxcárdio tendem a aceitar as recomendações e prescrições dos/as profissionais que os/as abordam para tratar dessa questão. Contudo, essa lógica não se aplica de maneira trivial, como se pode averiguar ao longo da análise proposta neste capítulo.

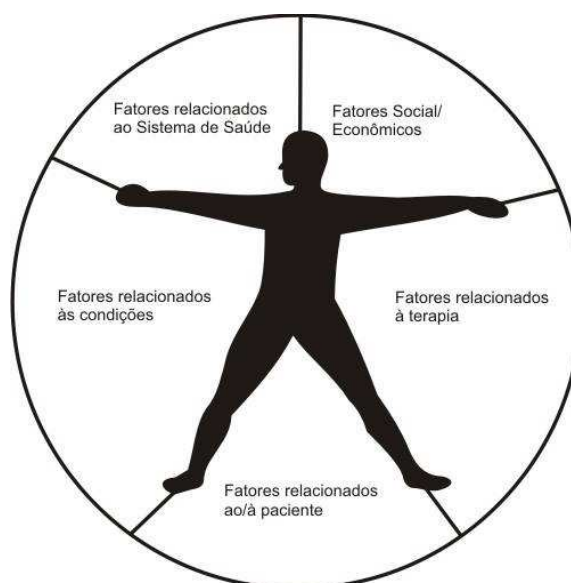
A resistência ou recusa a aderir às terapias recomendadas e aos medicamentos prescritos é um fator presente não apenas no contexto do programa Maxcárdio, mas também

⁷⁶ Para mais detalhes sobre os objetivos dos Programas Educacionais SCA e ICC, veja-se o Capítulo 2.

em outras instâncias de cuidados de saúde. A eficácia em torno da adesão de pacientes a tratamentos, no entendimento da OMS, está associada a cinco fatores que funcionam como pontos de intervenção correlacionados capazes de gerar impacto na saúde de pessoas com doenças crônicas. (WHO, 2003). As chamadas cinco dimensões da adesão (veja-se Figura 7) envolvem:

- a) fatores ligados ao sistema de saúde (e.g., exames ou procedimentos não reembolsáveis pelo plano de saúde, sistema de distribuição de medicamentos deficiente, tempo de consulta muito curto);
- b) fatores sociais e econômicos (e.g., pobreza, analfabetismo, vida familiar disfuncional);
- c) fatores relacionados às condições propícias para intervenção (e.g., severidade dos sintomas, impedimentos físico, emocional e social, custos de deslocamento);
- d) fatores relacionados à terapia recomendada (e.g., complexidade e duração do tratamento, efeitos colaterais, tratamentos inadequados);
- e) fatores relacionados ao/à paciente (e.g., falta de entendimento com relação às recomendações providas, crenças negativas ligadas à eficácia do tratamento, expectativa em torno do/a profissional e/ou do tratamento).

Figura 7 – As cinco dimensões da adesão



Fonte: Adaptada pela autora a partir do documento *Adherence to long-term therapies: evidence for actions*. (WHO, 2003, p. 27).

Embora várias das causas que impactam sobre a não adesão já tenham sido apontadas, a OMS admite não ter pleno entendimento sobre as maneiras como elas interagem. Dada essa

falta de entendimento, a “OMS reconhece a necessidade de amparo aos esforços dos/as doentes no tocante à autogestão”⁷⁷ (WHO, 2003, p. 35, tradução nossa) dos cuidados com a saúde. Além disso, há também a apreensão da agência acerca da importância de pesquisas que resultem no auxílio ao desenvolvimento ou à melhora dos níveis de autogestão dos/as pacientes crônicos/as com relação as próprias doenças, inclusive com a disseminação de diretrizes com essa finalidade. (WHO, 2003).

O desenvolvimento ou o aperfeiçoamento da autogestão dos cuidados com a saúde, segundo a agência, estão intrinsecamente ligados às intervenções dos/as profissionais de saúde nos fatores relacionados aos/às pacientes. Nas palavras da OMS:

Os pacientes precisam ser informados, motivados e qualificados no uso de estratégias de autorregulação comportamental e cognitiva se eles são para lidar efetivamente com as demandas relacionadas ao tratamento impostas por suas doenças. Para uma efetiva provisão de cuidados com as condições crônicas, é necessário ativar o/a paciente e a comunidade que o/a assiste. (WHO, 2003, p. 35, tradução nossa).⁷⁸

Ainda de acordo com a WHO (2003, p. 35, tradução nossa), concernente à “necessidade de ativar o/a paciente e a comunidade que o/a assiste” nos termos sugeridos, reside o problema da “comunicação subaproveitada entre pacientes e profissionais de saúde”⁷⁹ (WHO, 2003, p. 33, tradução nossa). Nesse sentido, a agência sugere que pesquisas sejam feitas e medidas tomadas de forma a “criar uma mudança na perspectiva provedora [de cuidados de saúde] que apoie intervenções moldadas às necessidades individuais dos/as pacientes e os/as ensine estratégias específicas para lidar com essas necessidades”⁸⁰ (WHO, 2003, p. 34, tradução nossa). Nesse sentido, entre os fatores que compõem as referidas cinco dimensões da adesão, a visão da OMS acerca daqueles relacionados ao/à paciente é de particular interesse para o presente trabalho. (WHO, 2003). Isso se dá porque, entre tais fatores, constam questões de entendimento por parte dos/as pacientes ligadas às recomendações em termos de crenças e expectativas acerca da eficiência do tratamento e, também, questões que giram em torno de expectativas referentes ao/à profissional de saúde que os/as atendem. Tais questões são passíveis de emergir, *na e por meio da fala-em-*

⁷⁷ “WHO acknowledges the necessity of supporting patients’ efforts at self-management.”

⁷⁸ “Patients need to be informed, motivated, and skilled in the use of cognitive and behavioral self-regulated strategies if they are to cope effectively with the treatment-related demands imposed by their illness. For the effective provision of care for chronic conditions it is necessary to activate patients and the community who support him or her.”

⁷⁹ “[...] suboptimal communication between patient and health professional.”

⁸⁰ “[...] to create a shift in provider perspective that supports tailoring of interventions to the needs of individual patients, and to teach specific strategies to address those needs.”

interação, durante a conversa entre profissionais e pacientes, seja de maneira explícita, seja de forma tácita. Além disso, essas questões podem ter impacto sobre as chances de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito ou outros tipos de controles de fatores de risco recomendados (reabilitação física, dietas, psicoterapia etc.).

No caso do evento interacional Maxcárdio, parte da comunicação subaproveitada entre profissionais e pacientes no que se refere às recomendações em favor de autogestão de cuidados de saúde pode ser explicada pela transgressão ao princípio da fala ajustada ao/à interlocutor/a que remete à observação de Sacks (1992, p. XV, tradução nossa) de que o/a falante não deve “contar ao/à recipiente o que ele/ela já sabe”⁸¹. No contexto estudado, percebe-se que essa transgressão ocorre em situações em que os/as profissionais demonstram desatenção às pistas interacionais oferecidas pelos/as pacientes sobre seus históricos enquanto portadores/as de SCA ou ICC no momento a momento da conversa. Nesse aspecto, pode ocorrer que os/as pacientes façam emergir em suas falas, por exemplo, pistas sobre aquilo que já sabem sobre a doença, sobre suas tentativas, sucessos e fracassos em termos de determinada ação de controle de risco (e.g., adesão a algum tipo de dieta). Pode acontecer também que o/a paciente, por meio da fala, demonstre o quão disposto/a ou resistente a determinada terapia encontra-se no momento.⁸²

Outra causa que parece estar relacionada à comunicação subaproveitada no contexto pesquisado remonta ao fato de que, quando em conversas com profissionais não médicos/as, os/as pacientes (ou acompanhantes) explicitam o desejo de discutir com os/as profissionais médicos/as sobre quais cuidados de saúde eles/as devem adotar no pós-alta. Isso ocorre, mesmo em situações em que a conversa gira em torno de algum tipo de cuidado de saúde que suspostamente encontra-se dentro da área de *expertise* do/a profissional não médico/a interlocutor/a circunstancial do/a paciente (e.g., paciente e fisioterapeuta conversando sobre programas de atividades de reabilitação cardíaca). De forma mais esclarecedora, os/as pacientes (ou acompanhantes) ratificam os/as médicos/as como profissionais dotados de conhecimentos sobre suas condições de saúde e, portanto, com direito legítimo para recomendar ou prescrever cuidados de saúde de natureza nutricional ou fisioterapêutica, por exemplo, mesmo em casos de interação face a face com profissionais das áreas da nutrição e fisioterapia, respectivamente.

Assim, questões que envolvem o reconhecimento dos saberes e da legitimidade para recomendar ou prescrever mostram-se atreladas às ações de resistência implementadas

⁸¹ “[...] tell the recipient what they already know [...]”

⁸² Veja-se, por exemplo, a discussão referente aos Excertos 4a-c, no Capítulo 5.

pelos/as pacientes SCA e ICC em situações de encontros com profissionais não médicos/as. É nesse sentido que, nos termos da OMS, a comunicação entre esses/as participantes pode se tornar subaproveitada. (WHO, 2003). Em termos mais afinados com a AC, isso significa que há entraves para a criação de ambiente favorável (MAYNARD; SCHAEFFER; FREEE, 2011) para que os/as profissionais não médicos/as façam recomendações que tenham, em seguida, mais chances de serem aceitas pelos/as pacientes. Ainda, de outra forma, quando os/as pacientes, em conversa com profissionais não médicos/as, declaram o desejo de discutir cuidados de saúde a serem adotados (ou não) no pós-alta com os/as médicos/as, interacionalmente falando, eles/elas agem de maneira a exibir resistência à recomendação em favor de medidas de controle de fatores de risco aventadas pelos/as profissionais de outras áreas que não da área médica.

Em vista de as ações de resistência dos/as pacientes estarem aparentemente ligadas a quem possui saberes legitimados (ou não) para recomendar ou prescrever medidas de autocuidados, as próximas duas seções tratam de dois temas analíticos que remetem a essas questões, a saber: domínio epistêmico e domínio deontico na fala-em-interação.

6.1 Domínio Epistêmico

A epistême é um dos aspectos intrínsecos à formação de ação na fala-em-interação. A capacidade que as pessoas possuem de reconhecer o que o/a interlocutor/a sabe sobre o mundo e no que o conhecimento dele/a difere do seu, atrelada à habilidade do ser humano de ajustar suas ações com base nesse entendimento, “é uma pré-condição para muito do que nós tomamos como garantia (*take for granted*) na interação social”⁸³. (HERITAGE, 2013, p. 370, tradução nossa). Sem o mútuo reconhecimento e ajuste da fala no tocante aos territórios de informação (KAMIO, 1977) de uma pessoa em relação à outra, afinal, fazer referências a pessoas, coisas e lugares seria algo impraticável. Assim, as conversas tornar-se-iam inviáveis. (HERITAGE, 2012).

No que toca ao reconhecimento mútuo de saberes, há situações de fala-em-interação em que uma das partes coloca-se declaradamente em posição de menos conhecedor/a em determinado domínio de saber frente à outra parte. Uma situação interacional na qual isso acontece são as solicitações de informações. Nesses casos, independentemente de a solicitação emergir em razão de falta genuína de informação ou não por parte do/a solicitante, a pessoa que faz um pedido de informação, coloca-se em posição (interacional) de menos

⁸³ “[...] is a precondition for much of what we take for granted in social interaction.”

conhecedora em relação ao/à interlocutor/a. Pode-se dizer que solicitações de informação são ações interacionais em que o (des)equilíbrio epistêmico entre os/as participantes tende a se mostrar de modo mais transparente para os/as membros/as, salvo em situações em que o pedido torna-se alvo de contestação (e.g., “eu já te falei isso, não sei porque tu estás me perguntando”).

Há outras situações, e.g., avaliações ou asserções a respeito de algo ou alguém, entretanto, em que o conhecimento ou informação torna-se alvo de disputa, aberta ou implicitamente. Assim, fala-se em (as)simetria de domínio epistêmico entre os/as participantes. Heritage e Raymond (2005), amparados por pesquisas prévias (e.g., KAMIO, 1977; LABOV; FANSHEL, 1977; POMERANTZ, 1980), definem domínio epistêmico como concernente à

distribuição de direitos e responsabilidades em relação ao que os/as participantes justificadamente sabem, como ele/elas sabem, se têm o direito de descrever [o que sabem] e em quais termos [o saber] está diretamente implicado nas práticas organizadas da fala⁸⁴ (HERITAGE; RAYMOND, 2005, p. 16, tradução nossa).

Em termos de distribuição, os direitos e obrigações de saber apresentam-se mais ou menos simétricos, dependendo do tópico em pauta na conversa ou em parte dela. Por exemplo, as pessoas geralmente possuem direitos e obrigações de saber e descrever o que sabem reconhecidos em se tratando de tópicos relacionados aos seus pertencimentos (e.g., parentes, amigos/as, trabalho, experiências etc.), o que Labov e Fanshel (1977) denominam Eventos A (A-Events). Dentro desses domínios de conhecimento, as pessoas podem, inclusive, ser chamadas a responder por tais saberes. Casos típicos de chamamento à obrigações de saber envolvem descrições de sintomas feitas por figuras parentais em consultas pediátricas. Nesses casos, o chamamento à obrigação de saber revela-se, por exemplo, em ocasiões em que, não sabendo responder às perguntas dos/as médicos (e.g., “quando a febre começou?”), é comum as figuras parentais proverem justificativas pela falta de conhecimento (e.g., “a professora da creche só me disse que ele/a estava febril, não disse quando a febre começou.”). Conversas sobre experiências compartilhadas pelos/as participantes (e.g., assistir um filme), por outro lado, tendem a se organizar de modo que a distribuição de saberes torna-se mais simétrica.

Explícita ou tacitamente, na negociação por direitos e obrigações de saber, o acesso ao conhecimento ou informação transparece como fator potencialmente resolutivo nas questões

⁸⁴ “[...] 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.”

que envolvem autoridade. Explicando de outro modo, experiências vividas pelos/as falantes, os chamados saberes de primeira mão (*firsthand knowledge*) sobrepõem-se a conhecimentos ou informações adquiridos por meios indiretos, os chamados saberes derivados (*derivative knowledge*). (POMERANTZ, 1980). Contudo, nem sempre a maneira como as pessoas descrevem determinados conhecimentos corresponde ao modo como elas obtiveram acesso a ele, i.e., a descrição de algum saber pode ser congruente ou incongruente com o tipo de acesso à informação que gerou aquele conhecimento⁸⁵. (POMERANTZ, 1980). A título de exemplo, imagine que uma pessoa faça uma asserção avaliativa sobre um filme o qual ela tenha assistido (e.g., “Excelente. Vale a pena assistir.”). Nesse caso, ela possui saber de primeira mão sobre o filme. Portanto, ela possui autoridade epistêmica para descrever o saber que obtém sobre ele. Assim, a descrição do saber sobre o filme é congruente ao tipo de acesso que a pessoa teve a ele. Entretanto, pode ocorrer de uma pessoa que não tenha visto o filme, mas que tenha tido acesso à informação sobre ele por meios indiretos (e.g., relatos de terceiras pessoas), por algum motivo que não vem ao caso discutir nesse momento, produzir uma avaliação de modo a deixar, de alguma forma, transparecer ao/à interlocutor/a que ela tenha visto o filme. Nesse caso, ao ser questionado/a sobre ter visto o filme e a resposta for negativa, o/a interlocutor/a pode perceber a avaliação como incongruente com o tipo de acesso que a pessoa teve à informação sobre o filme, diferentemente, por exemplo, de a pessoa deixar claro que a avaliação foi feita com base em conhecimentos derivados (e.g., “Maria me disse que vale a pena assistir o filme”). Nesse sentido, pode acontecer de os/as participantes entrarem em disputa acerca da maneira como algo está sendo dito por uma das partes, i.e., disputarem e/ou desafiarem o direito de descrever, *vis a vis* ao tipo de acesso que a parte teve ao referente relevante.

Ainda em termos de negociação por direitos e obrigações de saber e de descrever o que se sabe, independente de congruente ou incongruente com o tipo de acesso à informação ou conhecimento em pauta, os/as participantes podem concordar ou discordar com certo conhecimento exibido na conversa (e.g., os/as participantes podem concordar ou discordar sobre a avaliação feita acerca de uma pessoa). No entanto, mesmo em situações de concordância, os/as participantes não conseguem evitar de reivindicar seus direitos epistêmicos no domínio relevante no momento da conversa e é no e por meio de turnos de fala constitutivos de sequências interacionais que as pessoas afirmam, contestam e defendem seus saberes. (HERITAGE; RAYMOND, 2005).

⁸⁵ Veja-se a discussão sobre status e posicionamento epistêmico mais adiante.

O conhecimento que uma pessoa possui em determinado domínio ou território de informação é entendido como variante dentro de um gradiente epistêmico. Assim, as pessoas podem ser e/ou revelarem-se mais conhecedores/as (K+) ou menos conhecedores/as (K-) com relação ao tópico relevante na conversa. (HERITAGE, 2010a). Esse grau de conhecimento da pessoa corresponde ao seu *status* epistêmico em determinado domínio. 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 epistêmico assumido por ela na conversa. (HERITAGE; RAYMOND, 2005). Trata-se desses dois conceitos nas próximas duas subseções.

6.1.1 *Status* Epistêmico

Nas palavras de Heritage (2012, p. 4, tradução nossa, grifo nosso),

status epistêmico [...] é um conceito inerentemente relativo e relacional concernente ao acesso relativo a certo domínio de duas (ou mais) pessoas em algum ponto no tempo. O *status* epistêmico de cada pessoa, relativo às outras pessoas, tenderá a variar de domínio para domínio, bem como através do tempo e pode ser alterado momento a momento como resultado das contribuições interacionais específicas.⁸⁶

As contribuições de que fala Heritage (2012) são da conta, por exemplo: (a) da atualização da informação da pessoa; (b) da procedência, clareza e extensão da informação; (c) da independência de acesso da pessoa ao objeto; (d) do direito da pessoa em saber em primeiro lugar; (e) da autoridade sancionada em saber etc. (STIVERS; MONDADA; STEENSIG, 2011a). Mesmo em situações em que duas pessoas estão compartilhando experiências ou eventos ou tendo acesso a objetos simultaneamente, não há garantias de *status* epistêmico equilibrado. Heritage (2012) explica isso usando o exemplo de um médico e um paciente que visualizam o exame de raio X do paciente em conjunto. Embora o acesso à informação esteja disponível aos dois participantes de modo equânime, eles estão em pontos diferentes dentro do gradiente epistêmico implicativo à capacidade de leitura e interpretação do exame. Conforme observam Pollner (1987) e Raymond e Heritage (2006), o caráter e a sobrepujança de acesso ao domínio epistêmico podem ser complexos e abranger não somente a posse atual da informação, mas os direitos de possuir e articular. Heritage (2012, p. 5-6,

⁸⁶ “Epistemic status is thus an inherently relative and relational concept concerning the relative access to some domain of two (or more) persons at some point in time. 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.”

tradução nossa) sintetiza: “em suma, territórios epistêmicos abrangem o que é sabido, como é sabido e os direitos e responsabilidades de saber”⁸⁷.

Importa também ter em mente que, embora possa haver negociações, os *status* epistêmicos das pessoas são tratados como relativamente acordados entre os/as participantes, e.g., as pessoas são reconhecidas como tendo o direito e a obrigação de ter saber privilegiado sobre os seus pertencimentos. (LABOV, FANSHEL, 1977). Assim, “não obstante [...] sua condição como uma construção social, é válido pensar em *status* epistêmico como relativo a um domínio, na maior parte das vezes, pressuposto ou acordado e, portanto, real e duradouro, um estado de coisas”⁸⁸. (HERITAGE, 2012, p. 6, tradução nossa).

Se o *status* de uma pessoa, circunscrito a certo domínio epistêmico, é entendido como um pressuposto relativamente estável nas relações sociais, mesmo passível de ser desafiado (HERITAGE, 2012), o posicionamento (*stance*) epistêmico, em contrapartida, relaciona-se com a expressão momento a momento dessas relações. É sobre esse conceito que a próxima subseção trata.

6.1.2 Posicionamento Epistêmico

Por posicionamento epistêmico, entende-se a expressão social do domínio epistêmico por meio de desenhos de turnos que carregam conteúdos proposicionais (i.e., semânticos) formatados gramaticalmente de diferentes maneiras. Colocando de maneira mais elucidativa, qualquer ação realizada por meio da fala-em-interação (e.g., assunção, pedido de informação, avaliação, pedido de confirmação etc.) pode ser expressa 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. A título de exemplo, se alguém diz algo como “Desisti de ir amanhã porque vai chover”, essa pessoa demonstra ter determinado grau de conhecimento sobre como o clima se comportará no dia seguinte. No entanto, se, em vez desse formato de turno, ela tivesse falado algo como “Desisti de ir amanhã porque parece que vai chover”, o grau de conhecimento que ela demonstra possuir sobre o mesmo tópico é diferente em termos de posicionamento epistêmico dentro do domínio em questão.

⁸⁷ “In sum, epistemic territories embrace what is known, how it is known, and persons’ rights and responsibilities to know it.”

⁸⁸ “[...] notwithstanding [...] its condition as a social construction, it is helpful to think of epistemic status relative to a domain as for the most part a presupposed or agreed upon, and therefore real and enduring, state of affairs.”

Via de regra, o *status* e o posicionamento epistêmico de uma pessoa são congruentes, i.e., se uma pessoa possui *status* superior em determinado domínio epistêmico em comparação ao/à seu/sua interagente, o seu turno de fala tende a ser desenhado de modo a expressar o seu grau de conhecimento a respeito do tópico em pauta de forma a deixar transparecer a superioridade do seu *status*. Dito de outro modo, o desenho, i.e., a disposição dos elementos morfossintáticos combinados aos conteúdos semântico e prosódico do turno, ao tornar público o posicionamento epistêmico do/a participante, acaba por revelar também seu *status* epistêmico. Contudo, como esclarece Heritage (2012), enquanto o *status* epistêmico de uma pessoa pode ser definido como um estado de coisas, o posicionamento epistêmico é facilmente manipulável; conforme previamente aludido, uma pessoa pode desenhar seu turno, i.e., posicionar-se epistemicamente, de modo a mostrar-se mais ou menos conhecedora a respeito de certo domínio feito relevante em dado momento da interação em comparação com o que o seu verdadeiro conhecimento ou informação dentro do domínio em questão.

Em algumas ocasiões, a incongruência entre *status* e posicionamento epistêmico materializa-se por conta de exigências interacionais. (HERITAGE, 2012). Por exemplo, em situações de conversas transmitidas por radiodifusão, sabe-se ser comum entrevistadores/as solicitarem informações a entrevistados/as sobre as quais eles/elas pessoalmente já têm conhecimento. Isso normalmente é esperado que ocorra em prol da divulgação do informe à audiência que acompanha a transmissão. Dentro desse contexto, mesmo que a incongruência seja revelada, dificilmente será questionada. Em outras circunstâncias, entretanto, a incongruência pode não ser perceptível ao/à participante interlocutor/a e, assim, talvez se torne de difícil percepção também ao/à analista da conversa; embora, não seja impossível que algumas vezes a incongruência fique obscura ao/à interlocutor/a, mas torne-se visível ao/à analista. Isso pode ocorrer devido justamente ao método da AC, que permite uma análise minuciosa e retrospectiva dos turnos de fala que compõem sequências interacionais, algo, muitas vezes, difícil de ser realizado pelo ser humano. Isso se dá porque a faculdade da memória pode não servir para recuperar detalhes da interação potencialmente importantes para a percepção da incongruência entre *status* e posicionamento epistêmico de determinado/a participante.

Em resumo, conforme elucidada Heritage (2012), enquanto o *status* epistêmico, embora disputável, é “real”, baseado na avaliação dos/as participantes um/uma sobre o/a outro/a em relação ao acesso e ao direito a domínios específicos de conhecimento e informação, o posicionamento epistêmico é a codificação do grau epistêmico nos turnos de fala no momento a momento da conversa. Com respeito à codificação do grau epistêmico, importa informar

que, enquanto desenhos de turnos de fala que expressam um baixo grau de conhecimento ou informação (e.g., pedidos de informação) tendem a convidar elaborações e, portanto, projetam a possibilidade de expansão da sequência interacional, os desenhos de turnos que expressam alto grau de conhecimento e informação (e.g., asserções) tendem a convidar confirmações e fechamentos da sequência.

Stevanovic e Peräkylä (2012, p. 298, grifo do autor e da autora, tradução nossa), afirmam que “ao lado da dimensão *epistêmica* de autoridade [...], participantes também se orientam para a dimensão de autoridade *deôntica*”⁸⁹. Em consonância com o que preconizam o autor e a autora a partir de pesquisas em outros contextos (e.g., conversas entre uma sacerdotisa e uma cantora), essas duas dimensões de autoridade inter-relacionam-se também no contexto dos eventos interacionais Maxcárdio. Dada a relevância do tema para a discussão pretendida neste capítulo, a próxima seção destina-se a abordar alguns aspectos acerca de como o domínio de autoridade deôntica é tratado nos estudos de fala-em-interação.

6.2 Domínio Deôntico

O domínio deôntico, conforme entendido sob a perspectiva dos estudos de fala-em-interação, é definido por Stevanovic e Peräkylä (2012, p. 297, tradução nossa) como o exercício interacional “[d]o direito de determinar as ações futuras de outra(s) pessoa(s)”⁹⁰. Esse direito não se mostra incontroverso, nem unilateral. Ele não é incontroverso à medida que pode ser resistido a qualquer momento na conversa, e não é unilateral à proporção que varia de domínio para domínio e entre participantes. A negociação que envolve a requisição do direito de determinar as ações futuras de outra(s) pessoa(s) pode se tornar visível aos/às próprios/as participantes e, conseqüentemente, ao/à analista, por meio de formas linguísticas (transversais) previsíveis. (GIVÓN, 2005).

Nesse sentido, estudos que tratam não de domínio deôntico, como os de AC, mas de modalidade deôntica, i.e., guiados pela abordagem funcionalista-comunicativa (e.g., BYBEE, 2010), priorizam a identificação de “padrões linguísticos que se originam e se estabelecem nas situações comunicativas, orientados por motivações semântico-pragmáticas”. (BASSI; GORSKI, 2014, p. 594). Assim, esses estudos se dedicam a codificar a atitude do/a falante dentro de uma relação forma-função. Ainda que concebida como maleável e gradiente (GIVÓN, 2005), essa relação, inspirada na Teoria dos Atos de Fala (AUSTIN, 1975;

⁸⁹ “[...] alongside the epistemic dimension of authority [...], participants orient also to the dimensions of *deontic* authority.”

⁹⁰ “Someone’s deontic authority is their right to determine others’ future actions.”

SEARLE, 1979), não dá conta de explicar ações realizadas de maneiras sutis que podem indexicalizar a ocorrência de reivindicação, consentimento ou resistência ao exercício de direito deôntico; nessa perspectiva, no máximo, as ações que fogem à paridade forma-função paradigmática ficam relegadas à égide dos atos indiretos de fala. Além disso, “fenômenos tais como hesitações, pausas, risos, alongamentos de sons, inspirações, expirações, tonicidade e entonações, recursos interacionais reconhecidamente usados pelos/as participantes para gerenciar, negociar e atribuir significados à fala” (OSTERMANN; ANDRADE; FREZZA, no prelo) são negligenciados em análises de perspectivas semântico-pragmáticas. Em oposição a esses, os estudos de fala-em-interação procuram explicar o fenômeno da negociação em torno de exercício de direitos deônticos por meio dos mecanismos interacionais de formação de ação. (LEVINSON, 2013).

De maneira mais explícita, a análise de perspectiva interacional procura evidenciar como a negociação em torno de exercício de direitos deônticos se dá por meio da averiguação do *como* e do *porquê* certos desenhos de turnos de fala são compreendidos como reivindicantes de direito de determinar as ações futuras de outrem em algumas circunstâncias e em outras não. Primeiramente, a análise se dá com base na “prova procedimental do próximo turno”⁹¹. (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974, p. 729). Assim, o/a analista olha para a resposta dada ao turno de fala que inicia um curso de ação. A maneira como a resposta é elaborada evidencia como o/a falante entendeu a ação realizada no turno anterior. Ao observar *como* o/a falante age em resposta a certa ação realizada no turno de fala imediatamente anterior é possível verificar *qual* desenho de turno foi entendido, local e situadamente, como exercendo ou tentando exercer o direito de determinar a(s) ação(ões) futura(s) do/a interlocutor/a. Nesse aspecto, o turno que dispara o curso de ação com potencial para reivindicar o direito deôntico pode ser elaborado, por exemplo, em formato de diretivo, expressão de necessidade, solicitação por ação etc. O turno responsivo àquele que iniciou o curso de ação, por sua vez, pode implementar a ação de consentir ou resistir ao que foi dito anteriormente, sendo que essas ações também podem ser produzidas por meio de diferentes formatos de turno.

Além desses fatores cruciais à formação de ação(ões) interacional(ais) (LEVINSON, 2013), de acordo com Stevanovic (2011), a análise de sequências nas quais a negociação em torno de exercício de direitos deônticos ocorre também deve contemplar aspectos

⁹¹ “[...] next turn proof procedure.”

concernentes ao contexto da atividade corrente, à organização macroestrutural⁹² (institucional) da atividade corrente e às identidades sociais dos/as participantes. A inclusão desses últimos aspectos na análise permite ao/à analista aproximar-se do *porquê* de certo desenho de turno localizado dentro de uma determinada sequência interacional ser entendido como operando de maneira a reivindicar o direito de dizer o dever dentro de certo domínio de autoridade. A análise da conjunção desses fatores, afinal, constitui o que de mais próximo ao “mundo real” dos/as participantes o/a analista pode chegar a fim de entender como se dá a formação da ação social feita relevante na e por meio da fala-em-interação. (STEVANOVIC, 2011).

A análise que leva em consideração o “mundo real” dos/as participantes, nos termos sugeridos por Stevanovic (2011), torna evidente a inter-relação entre exercício de autoridade epistêmica e de autoridade deontica na medida em que “saber a ação”, i.e., sugeri-la, propô-la, ordená-la, aventá-la etc., é pré-condição para decidi-la. A distribuição da provisão e da decisão da ação pode acontecer de maneira mais ou menos (as)simétrica entre os/as participantes. É na forma como essa distribuição se dá que o *status* e o posicionamento (*stance*) deontico dos/as participantes se revelam, de modo correlato ao que ocorre no âmbito do domínio epistêmico. As próximas duas subseções dedicam-se a tratar desses dois conceitos.

6.2.1 *Status* e Posicionamento Deonticos

Stevanovic (2001) propõe as definições de *status* e posicionamento deonticos, inspirada no estudo de Heritage e Raymond (2005). A autora argumenta que as pessoas, quando em situações de fala-em-interação, não conseguem evitar de fazer afirmações acerca da distribuição relativa dos direitos deonticos, nem deixar de reivindicar seus direitos epistêmicos, mesmo em situações de concordâncias. Da mesma forma que, ao elaborarem seus turnos de fala, as pessoas, inevitavelmente, posicionam-se uma em relação à outra no tocante a quem possui direito primário ao conhecimento ou à informação, elas também se posicionam no que se refere a quem pertence o direito de dizer e decidir o que (não) pode, (não) deve ser feito no futuro.

Dentro dessa lógica, o *status* deontico de uma pessoa é, de maneira análoga ao seu *status* epistêmico, um estado de coisas, um direito que a pessoa possui, independentemente de ter sido reivindicado ou não no momento. (STEVANOVIC, 2011). Muito embora

⁹² Conforme previamente informado, a organização macroestrutural de um encontro institucional corresponde à orientação dos/as participantes para “uma ordem preestabelecida de atividades, por meio das quais realizam tarefas e cumprem, assim, o mandato institucional do qual são incumbidos[as]”. (CORONA, 2009, p. 32).

insubordinações possam ocorrer, determinados estados de coisas são socialmente “consagrados”. Por exemplo, em circunstâncias usuais, figuras parentais possuem o direito de determinar as ações futuras de seus/suas filhos/as de até certa idade. Contudo, mesmo dentro dessas relações socialmente “consagradas” de direito ao exercício de autoridade, há nuances de distribuição de direitos deonticos que não devem ser negligenciadas em análises que se propõem a tratar de conversas em tais termos.

Nesse sentido, Stevanovic (2011) chama a atenção para a relevância de se levar em conta aspectos relacionados ao contexto da atividade corrente, à organização macroestrutural (institucional) da atividade em pauta e às identidades sociais dos/as participantes para entender a distribuição dos direitos deonticos nas interações. A fim de sustentar esse argumento, a autora compara trechos de duas interações⁹³, uma entre um médico e uma enfermeira e outra entre uma mãe e sua filha de dois anos de idade. Na primeira interação, o médico expressa uma necessidade (“vou precisar de uma agulha de bitola 19”), e a enfermeira, em resposta, alcança a agulha para o médico. Na segunda, a filha também expressa necessidade (“preciso de uma colher), e, semelhantemente ao que ocorre na primeira interação, a mãe também produz uma ação que vai ao encontro de satisfazer a necessidade da filha, i.e., ela alcança a colher para a filha.

A discussão da autora alude ao fato de as declarações de necessidade⁹⁴ produzidas pelo médico e pela filha mobilizarem a enfermeira e a mãe, respectivamente, a agirem de modo a atender às necessidades reclamadas pelo/o interlocutor/a. Relevante para o argumento de Stevanovic (2011) é o fato de turnos elaborados no mesmo formato obterem o mesmo resultado responsivo, i.e., o consentimento ao direito deontico reivindicado, mesmo tendo sido produzidos em situações de disparidade, tanto em termos de identidades sociais dos/as participantes, quanto em termos de atividades correntes; um procedimento cirúrgico e um jantar em família, respectivamente.

De acordo com a autora, em ambos os casos, o *status* deontico do/a falante pode ser analisado a partir de elementos que estão além do formato e da localização do turno na interação. No caso da interação entre o médico e a enfermeira, esses elementos são mais facilmente reconhecidos. A interação se dá em um contexto de procedimento cirúrgico em que o médico, e não a enfermeira, está realizando a atividade de operar um/uma paciente. O

⁹³ As interações analisadas por Stevanovic (2011) encontram-se também em Ivin-Tripp (1966, p. 29-30).

⁹⁴ Um aspecto relevante sobre declarações de necessidade, que vale lembrar, é o fato de essas ações serem apontadas como as “primeiras” na lista de formas diretivas observadas como indexicalizadoras da supremacia do domínio deontico do/a falante sobre o/a interlocutor/a. (IRVIN-TRIPP, 1976, apud STEVANOVIC, 2011, p. 6, ênfase no texto original).

médico, nesse domínio, possui *status* superior ao da enfermeira; portanto, sua expressão de necessidade é entendida e consentida como um diretivo. No caso da mãe e sua filha, a interação acontece em situação de um jantar em família, e a atividade em pauta é alimentar-se. Conforme assevera Stevanovic (2011), o fato de a filha ter elaborado um turno muito parecido com o do médico e haver obtido o mesmo resultado em termos de necessidade atendida por meio da ação responsiva da mãe (i.e., ter tido a colher alcançada), dificilmente se explica pelo *status* superior da criança sobre a mãe dentro do domínio em pauta. Como isso se explica, então? A autora argumenta que a resposta encontra-se ancorada nas identidades sociais das participantes, uma vez que, “embora uma criança possa parecer estar normalmente em posição subordinada em relação ao seus pais, ela está, contudo, legitimada (*entitled*) a ser cuidada por eles”⁹⁵. (STEVANOVIC, 2011, p. 5, tradução nossa). Além das nuances de distribuição de direitos deonticos, novamente, de forma correlatada ao que ocorre em termos epistêmicos, o *status* e o posicionamento deonticos de uma pessoa podem ser não congruentes.

Uma pessoa com grau menor de autoridade deontica em certo domínio pode utilizar desenhos de turnos de fala de modo a robustecer a legitimidade do direito requerido, ao passo que pessoas com legitimado poder de exercer o direito de determinar as ações futuras de outrem raramente precisam lançar mão de formatos mais assertivos de turnos (e.g., imperativos) a fim de obter consentimentos dos/as interlocutores. Em última instância, o posicionamento deontico de uma pessoa está relacionado à maneira como ela elabora seu turno, independentemente do seu *status*, embora, *status* e posicionamento tendam a convergir.

Algo importante ainda a acrescentar é que a análise que leva em conta o *status* e o posicionamento deonticos dos/as participantes na interação afasta-se da teoria da polidez. (BROWN, LEVINSON, 1987). Argumenta-se que, à parte do grau de importância que o/a falante dá aos sentimentos do/a interlocutor, participantes com diferentes graus de autoridade deontica (*status*) precisam se valer de formatos de turno diferentes (posicionamento) para realizar a mesma ação. (STEVANOVIC, 2011, 2013).

Com base na revisão apresentada, a análise que se sucede exhibe um percurso empírico com vistas a demonstrar como os/as interagentes no contexto do Programa Educacional Maxcárdio negociam, no turno a turno, direitos e obrigações de saber (domínio epistêmico) e de dizer (domínio deontico) o que (não) pode e/ou (não) deve ser feito em termos de boas práticas de saúde no pós-alta hospitalar. Pretende-se, a partir da análise das interações,

⁹⁵ “[...] even though a child may generally appear to be in a subordinate position in relationship to her parents, she is, however, entitled to be taken care of by her parents.”

apontar implicações interacionais e práticas em termos de tendências de adesão às recomendações em favor de medidas de autocuidado no contexto estudado.

6.3 Negociações Envolvendo Domínios Epistêmico e Deontico nos Eventos Interacionais

Maxcárdio: Início de um Percurso Empírico

No Capítulo 5 deste trabalho, mostra-se como os/as profissionais não médicos/as da equipe Maxcárdio abordam pacientes portadores/as de SCA e ICC de modo a dar cabo à tarefa de orientá-los/as acerca dos cuidados de saúde recomendados pelo programa. Após a abertura da interação, normalmente realizada por meio de trocas de saudações e, em alguns casos, ações de autoidentificação, os/as profissionais não médicos/as da equipe (leiam-se fisioterapeutas, enfermeiros/as, nutricionistas e psicólogos/as⁹⁶) apresentam o programa falando dos objetivos do projeto⁹⁷. Findada essa parte da interação, chega o momento em que os/as profissionais não médicos/as iniciam cursos de ações entendidos pelos/as pacientes por recomendações. É nessa parte das conversas que se observam estabelecimentos de conflitos motivados por ações de resistência por parte dos/as pacientes em torno de: (a) quem possui saberes sancionados sobre o que (não) se pode e/ou (não) se deve fazer no pós-alta (domínio epistêmico) e, conseqüentemente, (b) quem possui o direito de dizer o que os/as doentes (não) podem e/ou (não) devem fazer no pós-alta em termos de medidas de autocuidado (domínio deontico). O foco da análise, neste capítulo, está na ocorrência desses conflitos.

Os trechos selecionados para análise são apresentados em uma sequência com vistas a mostrar como se dão as abordagens dos/as profissionais não-médicos/as aos/as pacientes. Assim, em um primeiro momento, mostram-se trechos em que é possível perceber a resistência dos/as pacientes a determinada recomendação ou proposta de tratar sobre medidas de autocuidado com outros/as profissionais, que não os/as médicos/as, mesmo em se tratando de encontros com especialistas nas áreas específicas dos cuidados recomendados. Em seguida, analisam-se trechos que mostram como os/as profissionais não médicos/as da equipe lidam com a demanda dos/as doentes de discutir os cuidados de saúde com os/as médicos/as.

Tendo em vista que a efetivação do programa completa-se com a abordagem dos/as profissionais médicos/as aos/as pacientes nas consultas de alta, as análises e discussões

⁹⁶ As interações entre médicos/as e pacientes apresentam uma organização macroestrutural diferente, em comparação com a organização macroestrutural apresentada pelas conversas que envolvem os/as profissionais das outras áreas integrantes do programa. Para maiores detalhes sobre como as interações estudadas se organizam, veja-se o Capítulo 4.

⁹⁷ Vejam-se, por exemplo, os Excertos 1 e 2, no Capítulo 5.

propostas neste capítulo correspondem ao início do percurso empírico que se pretende delinear de maneira a evidenciar a organização macroestrutural do programa educativo Maxcárdio como um todo. A segunda parte do roteiro empírico será apresentada no Capítulo 7, em que se discute como os/as médicos, que são os/as profissionais com quem os/as doentes demonstram querer conversar sobre práticas de autocuidados de saúde, procedem à orientação de medidas de autogestão de saúde relacionadas a outras áreas que não a medicina. Também no Capítulo 7, comparam-se as ações dos/as médicos/as e dos/as outros/as profissionais, quando os/as primeiros/as tratam de medidas tais como dieta e exercícios físicos como parte do tratamento dos/as pacientes. Desse modo, o objetivo de traçar um percurso empírico representativo da efetivação do programa educativo Maxcárdio como um todo, estabelecido no Capítulo de Introdução da tese, começa a ser realizado na próxima seção, mas é alcançado em plenitude apenas ao final do Capítulo 7.

A seção de análise que inicia o delineamento do referido percurso empírico começa com a exibição dos Excertos 10 e 11, nos quais se pode observar o foco dos conflitos que envolvem negociações em torno de exercício de direitos epistêmicos e deonticos no contexto investigado.

6.3.1 Doutor/a Sabe Tudo: Quando Pacientes Querem Conversar com Médicos/as

O trecho da interação exibido no Excerto 10 mostra o fisioterapeuta Marcos conversando com o paciente Severo, portador de SCA. Acometido por um infarto agudo do miocárdio (IAM), o paciente havia passado por um procedimento cirúrgico de revascularização do miocárdio (angioplastia). À época da coleta de dados, Severo tinha 64 anos e, em comparação com outros/as pacientes participantes do estudo, mostrou-se atípico pelo fato de não ser sedentário. Conforme ele próprio menciona na conversa, costumava frequentar uma academia de ginástica havia muitos anos (trecho não mostrado). Severo já estava em processo de reabilitação em fase intra-hospitalar e preparava-se para receber alta. O excerto é mostrado a partir do momento em que o fisioterapeuta Marcos solicita a Severo que ele exponha eventuais dúvidas referentes à leitura do manual Maxcárdio SCA no tocante à parte da fisioterapia. Severo havia realizado a leitura do referido manual em algum momento antes do início da conversa (trecho não mostrado).

Excerto 10 [HNS_09_09_13_Marcos_Severo_quero falá com o médico]

13 1.0) ((Marcos articula os lábios mas não emite som.))
 14 MARCOS: eu preciso sabê de ti ago::ra. (.) ã:: se tu tem alguma
 15 dúvida °do manual.° em relação à fisioterapia,.h em
 16 relação ao exercício,
 17 (1.6)((Marcos faz um círculo ascendente com a mão.))
 18 MARCOS: quando tu sair daqui.
 19 (1.0)
 20 SEVERO: .h é. isso ai é uma coisa que eu quero falá com o
 21 médico né.
 22 (0.5)
 23 SEVERO: eu quero sabê o que que eu (.) não devo fazê.
 24 (0.2)((Marcos comprime lábios e assente com a cabeça.))
 25 MARCOS: °tá:.°
 26 (.)
 27 SEVERO: o que que eu não devo comê,
 28 (0.5)
 29 MARCOS: tá:[: ((assentindo com a cabeça))
 30 SEVERO: [e o que que eu não devo bebê. ((sorri))
 31 (0.3) ((Marcos sorri.))
 32 MARCOS: tá.=
 33 SEVERO: =né. então essas- es- esses três nãoos aí eu quero[:
 34 [tá.
 35 (.)
 36 SEVERO: conversá com ele.

Com base na transcrição das linhas 14 a 18, percebe-se que Marcos restringe a resposta de Severo em torno de eventuais dúvidas relacionadas à fisioterapia e ao programa de exercícios físicos no pós-alta (“quando tu sair daqui”, l. 18). Há uma pausa observável nesse seguimento da interação, na linha 17, que merece ser analisada. Argumenta-se que essa pausa não revela perturbação interacional em termos de atraso de resposta por parte do paciente frente à solicitação realizada. Esse argumento baseia-se em dois motivos. O primeiro deles deve-se à entonação que Marcos imprime à fala ao pronunciar a palavra “exercício”. Conforme se pode notar pelo sinal de vírgula, utilizado na transcrição⁹⁸, o fisioterapeuta produz a fala em entonação contínua, sinalizando que seu turno de fala não atingiu sua completude. À prosódia empregada ao final do turno, soma-se o fato de que Marcos produz um gesto, i.e., um movimento de meio círculo ascendente com a mão esquerda (veja-se a representação do gesto de Marcos na Figura 8). O gesto de Marcos afina com a parte acrescida ao turno do fisioterapeuta (l. 18) no sentido de iconizar o conteúdo semântico da fala indicativo de futuro. A pausa, nesse caso, justifica-se porque Severo parece se orientar para aguardar que Marcos complete seu turno antes de iniciar sua fala.

⁹⁸ Vejam-se as convenções de transcrição no Anexo A, ao final do trabalho.

Figura 8 – Gesto produzido por Marcos (à direita) – movimento de meio círculo ascendente com a mão esquerda



Fonte: Elaborada pela autora com base no Programa Photoscape.

Em oposição à pausa transcrita na linha 17, a pausa que acontece após a completude do turno de Marcos, transcrita na linha 19, sugere ocorrência de perturbação na interação. A perturbação decorre do atraso de Severo para responder ao turno de fala imediatamente anterior produzido por Marcos. A interpretação dessa pausa como atraso de resposta por parte de Severo é robustecida pela maneira como o paciente inicia o turno que carrega a resposta à solicitação de Marcos (l. 20). Ele produz uma inspiração audível acompanhada do verbo *ser*, conjugado no presente do indicativo. Local e situadamente, esse uso do verbo *ser* sugere hesitação por parte de Severo, o que marca a sua resposta como despreferida⁹⁹, cujas ocorrências normalmente vêm acompanhadas de atrasos e hesitações. (POMERANTZ, HERITAGE, 2013). Em seguida, Severo seleciona a expressão “isso aí” como referente que recupera o tópico abordado pelo fisioterapeuta (i.e., fisioterapia e exercício físico no pós-alta) e faz uma asserção. Por meio dessa asserção, Severo declara querer conversar sobre o tópico feito relevante por Marcos com o médico. Subsequente à asserção de Severo, há uma pausa de 0,5 segundos (l. 22), durante a qual Marcos produz uma inspiração prolongada não captada pela gravação em áudio, mas perceptível na gravação em vídeo. Marcos, porém, não toma o turno. Atendendo à normativa de tomada de turno (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974), Severo, então, autosseleciona-se como próximo falante e inicia um turno multiparte, i.e., com mais de uma unidade semântica e gramaticalmente completa ou, nos termos da AC,

⁹⁹ Nesse caso, a resposta é despreferida porque não atende à expectativa gerada pela solicitação de Marcos, que seria a de expor dúvidas relacionadas à fisioterapia ou aos exercícios físicos.

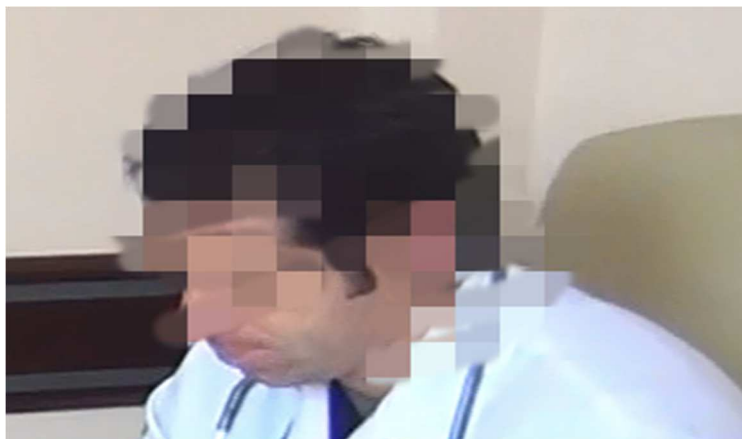
com mais de uma unidade de construção de turno (UCT¹⁰⁰), a saber: (a) “o que que eu não devo fazê,”; (b) “[o que eu] não devo comê”; (c) “[o que eu] não devo bebê.” (l. 23-30).

O turno de Severo é interpolado por ações responsivas de Marcos. Após a primeira parte do turno de Severo (l. 23), ao longo da pausa que se segue (l. 24), Marcos comprime os lábios (veja-se a Fotografia 1 mais adiante), assente com a cabeça e, em seguida, produz um continuador (“tá” pronunciado de forma alongada). O fisioterapeuta repete a ação de proferir o mesmo continuador, também de maneira alongada, após a segunda parte do turno de Severo (l. 29). Esse último continuador também é precedido de uma pausa, observável pela transcrição da linha 28, e acompanhado por um assente de cabeça. Consecutiva à terceira parte do turno do paciente (l. 30), Marcos profere novamente a palavra “tá” (l. 32). Diferente dos outros dois “tás” anteriores, esse é produzido sem alongamento e em entonação descendente. A maneira como esse último “tá” é proferido e o local em que ele se encontra na sequência, i.e., após a completude gramatical, prosódica e semântica do turno multiparte de Severo, evidencia que ele opera como um marcador de recebimento com potencial para fechar a sequência interacional solicitação de dúvida-resposta (expandida). Verifica-se, no entanto, que Severo, em fala colada (notem-se os sinais de igual transcritos nas l. 32 e 33), acrescenta ainda mais um turno de fala à sequência. Ele autosseleciona-se e faz uma formulação¹⁰¹. (HERITAGE, WATSON, 1979). Por meio da formulação (l. 33-36), o paciente sintetiza o conteúdo da fala distribuída no turno multiparte, ao que o fisioterapeuta responde com a produção de mais um marcador de recebimento (l. 34).

¹⁰⁰ A definição de UTC encontra-se no Capítulo 5.

¹⁰¹ A definição de formulação encontra-se no Capítulo 5.

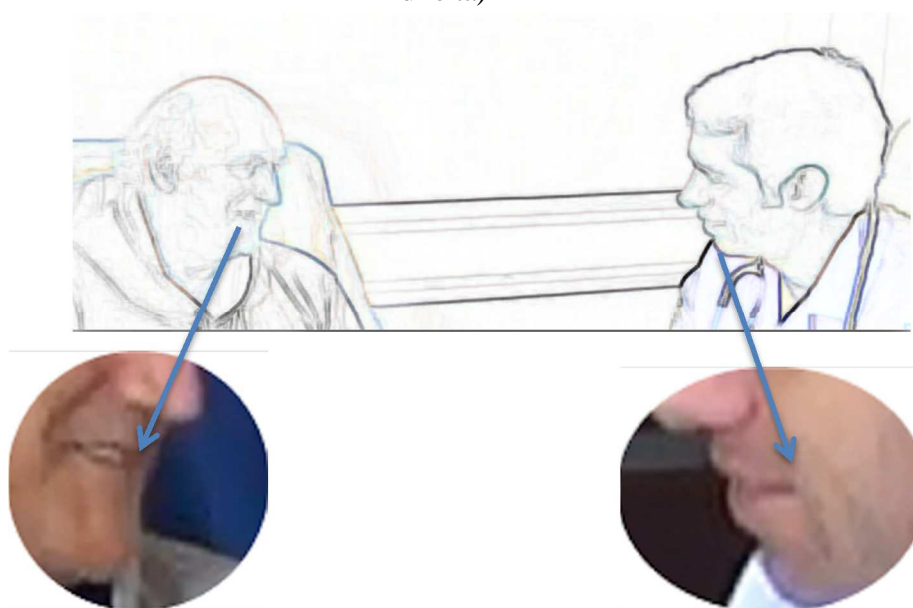
Fotografia 3 – Compressão dos lábios produzida pelo fisioterapeuta Marcos¹⁰²



Fonte: Registrada pela autora.

Ainda no âmbito da análise descritiva das ações dos participantes observáveis no trecho apresentado, nota-se que, entre a produção da terceira parte do turno de Severo (l. 30) e o marcador de recebimento de Marcos (l. 32), há ocorrência de pausa e de troca de sorrisos entre os participantes. Essa troca é propulsionada pelo paciente, que sorri primeiro e, assim, lança um convite ao sorriso a Marcos, que o aceita. Veja-se a Figura 9, representativa do momento da ocorrência da troca de sorrisos entre os participantes.

Figura 9 – Troca de sorrisos entre o paciente Severo (à esquerda) e o fisioterapeuta Marcos (à direita)



Fonte: Elaborada pela autora com base no Programa Photoscape.

¹⁰² Optou-se pelo recurso da fotografia, nesse caso, porque o recurso borda oferecido pelo programa Photoscape, utilizado em outros momentos deste trabalho, não se mostrou eficiente para o propósito de tornar visível o gesto realizado pelo fisioterapeuta.

Passando-se à análise inferencial das ações dos participantes no que remonta ao tópico de negociações que envolvem domínios epistêmico e deôntico, alega-se que, ao solicitar que o paciente exponha suas dúvidas em relação à fisioterapia no pós-alta, Marcos se coloca na posição de quem pode saná-las. Desse modo, o fisioterapeuta, implicitamente, atribui a si próprio um grau de autoridade epistêmica dentro do domínio feito relevante na sequência interacional – domínio esse que, afinal, pertence à sua área de especialidade profissional. O paciente, por sua vez, também de modo tácito, não ratifica a autoridade epistêmica projetada pelo fisioterapeuta, muito antes pelo contrário. Ao selecionar o médico como o profissional com quem ele deseja conversar a fim de saber sobre “os três não” (l. 33), o paciente invalida o saber, i.e., a autoridade epistêmica de Marcos, à proporção em que afirma o saber e o direito de dizer do médico. Nesse sentido, Severo trata o médico como profissional com autoridade epistêmica tal que lhe é sancionado o direito de decidir quais medidas de autocuidado ele próprio deve adotar no pós-alta. Interessantemente, dos três tópicos aventados pelo paciente para serem tratados com o médico, um refere-se à área da fisioterapia, i.e., o que não fazer, e dois aludem à área da nutrição, i.e., o que não comer e o que não beber.

Nos termos propostos por Heritage e Raymond (2005), enquanto o fisioterapeuta afirma sua autoridade dentro de certo domínio epistêmico, o paciente a contesta. Contudo, embora afirmação e contestação ocorram de modo tácito, os participantes não passam incólumes às consequências interacionais observáveis em sequências desafiliativa¹⁰³. (STEENSIG, LARSEN, 2008). Primeiramente, vê-se que a conversa não se organiza de forma fluida, haja vista a quantidade de pausas que intermedeiam todo o seguimento interacional destacado.

Pausas são observadas de modo recorrente em ambientes interacionalmente problemáticos, e.g., respostas despreferidas. (JEFFERSON, 1984; POMERANTZ; HERITAGE, 2013). Afora a pausa que ocorre na linha 17, cuja explicação já foi provida, as outras pausas que acontecem ao longo do trecho (l. 19, 22, 24, 28 e 31) parecem comungar essa contingência. Explicando melhor, a primeira pausa em foco (l.19) precede a resposta despreferida de Severo. A despreferência dá-se à proporção que a resposta é um anúncio de que o paciente deseja falar sobre cuidados fisioterápicos (e, posteriormente, nutricionais) com outro profissional, e não com o fisioterapeuta com quem ele está conversando. Em outras palavras, o teor do anúncio corresponde a algo como “(desculpa) não é com você que eu vou tratar desse assunto”. Deveras relevante, ainda, é a inspiração prolongada que Marcos produz durante essa pausa, algo que se interpreta como marcação acentuada de problema no

¹⁰³ A explicação como o termo desafiliação é entendido neste trabalho encontra-se no Capítulo 5.

recebimento da resposta de Severo. As outras pausas (l. 22, 24, 28 e 31) sucedem cada parte (UCT) do turno multiparte de Severo, que nada mais é do que a expansão do anúncio realizado anteriormente (l. 20-21).

Dentro dessa lógica, se Severo contesta o *status* epistêmico afirmado por Marcos e, conseqüentemente, resiste ao requerimento do fisioterapeuta de exercer algum direito deôntico no que lhe diz respeito, isso não acontece sem conseqüências para o paciente. Mesmo que Marcos aja de maneira verbalmente responsiva, provendo continuadores ou marcadores de reconhecimento em locais interacionalmente propícios para a realização de tais ações, isso não acontece sem atrasos por parte do fisioterapeuta. Se as pausas *per se* sinalizam quebra de fluidez sequencial e, conseqüentemente, problemas interacionais, a inspiração prolongada e o gesto que o fisioterapeuta faz com a boca, comprimindo os lábios podem ser interpretados como indício forte de contrariedade. Mesmo que a compressão dos lábios tenha sido acompanhada de um movimento de assente com a cabeça (l. 24), advoga-se que cada um dos gestos realiza ações em separado. Nesse aspecto, importa informar que a compressão com os lábios começa a se formar antes do disparo do movimento de cabeça. Assim, o assente de cabeça afina com o continuador, que acaba por ser verbalmente oferecido ao final do movimento de assente e em resposta à entonação ascendente do UCT de Severo (l. 25). Já o gesto com a boca indexicaliza desafiliação com a ação de bloqueio (SCHEGLOFF, 2007) que a UCT de Severo representa para os planos de Marcos de falar sobre o que é ou não indicado que o paciente faça no pós-alta.

As pausas e os gestos de Marcos não passam despercebidas por Severo: note-se, na Figura 9, que a face de Marcos e, portanto, suas expressões faciais e movimentos estão dentro do campo de visão do paciente. Dessa forma, encontra-se forte evidência de que Severo está orientado para as ações responsivas de Marcos pelo sorriso que o paciente produz ao final da última UCT do seu turno multiparte.

O riso, em suas diferentes manifestações (e.g., sorrisos de lábios abertos ou fechados, voz de riso – *smile voice* –, risos interpolados a itens lexicais ou produzidos de forma autônoma etc.), ainda carece de investigações mais sistemáticas em estudos em AC. Mesmo assim, analistas da conversa (e.g., JEFFERSON, 1984; JEFFERSON; SACKS; SCHEGLOFF, 1987b; HAAKANA, 2001; 2002) já fizeram contribuições significativas para a área a respeito desse tópico analítico. No que tange ao riso em conversas em contextos institucionais, mais especificamente em interações entre médicos/as e pacientes, alguns achados mostram-se úteis para a análise da passagem em discussão. Haakana (2001), por exemplo, com base em dados advindos do finlandês, verifica que pacientes tendem a rir em

proporção maior do que os/as médicos. De acordo com o autor, uma ocasião em que o riso sucede é quando o que se fala entra em desacordo com as expectativas médicas em torno de algum aspecto envolvendo os hábitos de saúde dos/as pacientes trazidas à tona pelos/as médicos. Em um dos excertos analisados pelo autor, a médica oferece um entendimento candidato (POMERANTZ, 1988; SCHEGLOFF, 2007) referente ao montante de exercício realizado pela paciente, que acaba por se revelar otimista frente ao condizente com a realidade vivenciada por ela. Conforme mostra Haakana (2001), o turno da paciente em que ela revela a disparidade entre o montante aventado pela médica e a realidade dos fatos é interpolado por riso não reciprocado por parte da médica.

Outra situação apontada pelo autor em que se percebe a presença de riso diz respeito à “medicalidade” da razão para a consulta (*doctorability*) (HERITAGE, 1984) – i.e., quando o/a paciente se orienta para a estranheza do motivo que o/a levou a procurar auxílio médico (e.g., começar a sentir dor no mesmo instante em que outra pessoa cessa de ter sensação de dor¹⁰⁴). De modo sucinto, as interações analisadas por Haakana (2001) ilustram o ponto defendido pelo autor de que o riso, em contexto médico, se faz presente em situação de fala delicada.

No entanto, Haakana (2001) não esclarece a que as falas delicadas se referem. Essa questão é tratada por Bergmann (1998). Sem entrar na discussão sobre moralidade, tópico sobre o qual o autor debruça-se, importante para este trabalho é a distinção que Bergmann (1998) faz entre tópicos delicados (e.g., sexualidade, morte, aborto etc.) e ações delicadas (e.g., acusação, pedido de desculpas, reclamações, insultos etc.) e suas relações com o riso. De acordo com o autor, há várias maneiras por meio das quais as pessoas lidam interacionalmente em situações conflituosas em que se observa a orientação dos/as participantes para momentos interacionais delicados seja em termos de tópico, seja em termos de ação. É comum as pessoas mitigarem falas envolvendo delicadeza. Entre o aparato mitigador utilizado em momentos interacionais delicados apontado pelo autor, figura o riso, além de expressões faciais, alterações prosódicas, gestos etc.

De volta à discussão sobre o Excerto 10, no que concerne ao sorriso de Severo, alega-se que sua ocorrência deriva da orientação do paciente para a reação do fisioterapeuta (atrasos e compressão de lábios) frente ao par de ações delicadas que sua resposta expandida representa em termos de: (a) contestar a autoridade epistêmica e (b) resistir à autoridade deôntica de Marcos. Em outras palavras, o sorriso de Severo demonstra ser o aparato

¹⁰⁴ Exemplo retirado do texto de Haakana (2002).

mitigador que ele usa para lidar com as consequências que sua fala instauradora de ações delicadas produz.

Direcionando a análise para a resposta de Marcos ao sorriso de Severo, nota-se, primeiramente, que o fisioterapeuta sorri em retorno. Riso-riso recíproco entra na categoria dos pares adjacente frouxos (SCHEGLOFF, 2007) em termos de preferência. (POMERANTZ, 1984a). A preferência pela reciprocidade ao riso não é tão direta como a apresentada por outros pares adjacentes (e.g., pergunta de polaridade positiva/resposta afirmativa), mas depende de variantes tais como se o riso é voluntário ou convidado, do tópico que suscitou o riso, da pessoa que ri primeiro etc., com a ressalva de que as variáveis podem combinar entre si de modo a propiciar a preferência pela (não) produção de riso. (HAAKANA, 2001). No caso em questão, entende-se que o sorriso oferecido em reciprocidade por Marcos opera como um aparato duplo. Em um primeiro momento, ele funciona como reconhecimento, provavelmente em nível não consciente, da saída mitigada da “saia justa” em que Severo se coloca. Em um segundo momento, considerando que o sorriso de Severo cessa, mas o de Marcos prolonga-se até o ponto da produção de seu marcador de recebimento (l. 34), entende-se que ele também opera como aparato de transição faseada (*stepwise move*) em direção ao resgate dos *statuses* epistêmico e deôntico que Marcos realiza no turno subsequente, como fica evidente no Excerto 11.

Excerto 11 [HNS_09_09_13_Marcos_Severo_minha área]

37 MARCOS: >então assim óh< vamos conversá um pouquinho a respeito
38 da fisioterapi:a que daí entra a minha área, e da
39 questão do exercício fí:sico, e da atividade física-
40 (.) p_{ós} (.) a tua alta hospitalar. °aquí.°
41 (0.7) ((passam a se orientar para o manual))

Novamente, nos termos propostos por Heritage e Raymond (2005), fica claro que o fisioterapeuta defende seu conhecimento dentro do domínio profissional que lhe diz respeito. Ele faz isso propondo conversar sobre “fisioterapia” e anunciando que essa área, especificamente, está sob seu domínio epistêmico. Ao agir assim, Marcos dota Severo de um certo tipo de ensinamento sobre como se dá a organização institucional em termos de atuação por área profissional. Explicando de outro modo, Marcos informa Severo de que questões de fisioterapia, naquele contexto, são tratadas com fisioterapeutas. A ação de Marcos lhe permite dar a volta por cima do bloqueio imposto por Severo e assegurar seu direito, enquanto fisioterapeuta (da equipe Maxcárdio), de dizer o que o paciente pode/deve fazer em termos de exercícios físicos no pós-alta. No contexto do evento Maxcárdio, a negociação em torno de

quem possui saberes válidos para recomendar cuidados mostra-se recorrente, como se atesta no Excerto 12.

O Excerto 12 exhibe parte da conversa entre o mesmo fisioterapeuta que figura nos Excertos 10 e 11, Marcos, e a paciente Miriam, portadora de SCA. Assim como o paciente Severo, Miriam recupera-se de uma angioplastia. No início da interação (trecho mostrado mais adiante, no Excerto 17), a paciente voluntaria a informação de que lera o manual Maxcárdio indicado para a sua doença, mais especificamente, a parte que condiz com as orientações a respeito da fisioterapia, atendendo, assim, ao pedido feito por Marcos no dia anterior ao encontro em que a conversa foi gravada. Além de voluntariar a informação sobre a leitura do manual, Miriam afirma já conhecer as orientações por conta de seu marido ter sofrido um infarto e ter-se tratado no mesmo hospital onde agora ela se encontra. Mesmo assim, Marcos propõe abordar os “pontos principais” acerca da reabilitação cardíaca, que é a parte do manual “que lhe compete” (conforme se poderá observar na discussão relativa ao Excerto 16, apresentado mais adiante). O excerto de interesse por ora começa no ponto em que Marcos faz uma formulação (HERITAGE; WATSON, 1979), i.e., ele sintetiza o conteúdo de seus turnos anteriores em termos do que é esperado que Miriam faça após a alta hospitalar, i.e., continue procedendo à reabilitação iniciada em fase intra hospitalar.

Excerto 12 [HNS_10_10_13_Marcos_Miriam_reabilitação cardíaca]

219 MARCOS: então o objetivo é isso. (.) sair do hospital e tentá
 220 já dar continuidade ao programa de reabilitação
 221 cardíaca.
 222 (0.6) ((paciente assente com a cabeça))
 223 tentá ver (.) ah marcos fica mais fácil pra mim (.) ir
 224 no instituto >não. vou pro ((nome centro)), ou não. vou
 225 fazê em casa (.) bom enfim. (.) desde que tenha essa
 226 fase inicial (.) é isso que nós queremos. (.) pra podê
 227 fazê os exercícios com segurança, (.) tá? e ter uma boa
 228 recuperação.=
 229 MIRIAM: =(limpa a garganta)só que eu tenho que
 230 assim ó doutor (0.7) tá (.) de ple:::no:: (0.8) ã::
 231 explicação no meu (1.1) >médico que me operô<
 232 MARCOS: sim.
 233 (0.6)
 234 MIRIAM: >porque< (.) ↑esse exame que eu fiz ontem (1.3) tsk não
 235 foi das melhores coisas que apareceram
 236 (.)
 237 MARCOS: ↑m↓hm
 238 (.)
 239 MIRIAM: >porque< (.) eles conseguiram (0.6) fechá um:: (1.6)
 240 costurá uma (.) parte ((gesticulando)) que (.) que
 241 ficô:
 242 (0.3)
 243 MARCOS: ↑m↓hm [é:] eu tive acesso a esse exame de= ontem[:m

244 MIRIAM: [tã] ((olha para o fisioterapeuta))
 245 MARCOS: ainda onte[:m ainda]eu tive acesso.=
 246 MIRIAM: [pois é.] = isso aí que tu
 247 tem que [olhá sa]be por quê? ((dedo em riste))
 248 MARCOS: [↑m↓hm]
 249 (0.7) ((paciente coça o nariz))
 250 MIRIAM: porque ainda diz ele olha encontramos mais um
 251 (.) ((paciente comprime os lábios))
 252 MARCOS: tá:?=
 253 MIRIAM: =°que não ficô fechado.°
 254 (.)
 255 MIRIAM: então por esse motivo (0.8) eu acho que talvez as
 256 minhas meus coisas(0.6) sejam um pouco diferente °das
 257 outras pessoas°
 258 (.)
 259 MIRIAM: [(°°não sei°°)]

Na parte da conversa transcrita entre as linhas 219 e 221, o fisioterapeuta, por meio de formulação, faz uma recomendação, qual seja, que a paciente “tente dar continuidade ao programa de reabilitação cardíaca” (l. 220). A recomendação, contudo, é produzida em formato de anúncio atinente ao objetivo do programa (note-se o uso institucional do pronome de terceira pessoa do plural na l. 226), cuja aspiração é a segurança na prática dos exercícios de modo a obter-se “boa recuperação” (l. 227-228). O notável a respeito da recomendação de Marcos é sua produção de maneira tácita. Isso se dá porque, embora o turno de Marcos avenge a informação sobre a ação futura a ser desempenhada por Miriam, i.e., prosseguir com a reabilitação cardíaca no pós-alta, o fato de a informação ser elaborada em formato de anúncio expande as opções de Miriam em termos de ação responsiva. Miriam pode tanto responder com, por exemplo, um marcador de recebimento de informação e, assim, tratar o turno de Marcos como elucidativo sobre o objetivo do programa, quanto com um aceite ou recusa da recomendação que vem incorporada na fala. Percebe-se que é da segunda maneira que Miriam escolhe lidar com a fala de Marcos, uma vez que, em resposta à fala do fisioterapeuta, a paciente recusa a recomendação de prosseguir com a reabilitação, pelo menos, nos termos sugeridos por Marcos.

Ainda sobre o turno de Marcos, argumenta-se que, ao elaborar a recomendação como proveniente do programa Maxcárdio, o fisioterapeuta, em certa medida, distancia-se pessoalmente do direito de poder dizer à paciente como ela deve proceder e relega esse direito à instituição que, afinal, é a detentora do programa. Entretanto, local e situadamente, ele é o representante institucional da área de fisioterapia e, mais importante, o interlocutor de Miriam. Desse modo, portanto, é ele quem responde pelas consequências interacionais circunstanciais à conversa em andamento. Assim, é ao requerimento de exercício de autoridade deôntica de Marcos, enquanto membro da equipe de fisioterapia, que Miriam

resiste. A resistência da paciente, prefaciada pela ação de limpar a garganta, vem em formato de locução adversativa (“só que”) acompanhada de expressão de necessidade (“eu tenho que tá (.) de ple:::no:: (0.8) ã:: explicação no meu (1.1) >médico que me operô<”), interpolada por vocativo (“ó doutor”). A paciente justifica a necessidade de consultar o médico com relação à recomendação de proceder à reabilitação cardíaca em razão de um exame (do coração) realizado por ela cujo resultado não foi bom (“>porque< (.) ↑esse exame que eu fiz ontem tsk não foi das melhores coisas que apareceram”, l. 234-235). A paciente expande a justificativa (l. 239-241) após Marcos oferecer um continuador (l. 237), interpolado por duas micropausas (l. 236 e l. 238). Somente após a expansão da justificativa de Miriam¹⁰⁵ que Marcos afirma, em seu turno transcrito na linha 243 que ele teve “acesso a esse exame de onte[:m ainda]=”.

Dedicando-se um pouco mais a analisar o trecho da interação recém descrito, percebe-se que Miriam justifica o porquê da necessidade da opinião médica para dar continuidade à reabilitação cardíaca no pós-alta referindo-se ao exame realizado no dia anterior à conversa com Marcos. Em termos de organização semântico-pragmática, além de morfossintática e prosódica, seu raciocínio completa-se ao final do turno transcrito na linha 235. Desse modo, abre-se um lugar relevante para tomada de turno (LRT¹⁰⁶), i.e., um lugar propício para Marcos tomar o turno. Como teve acesso ao exame da paciente, fato revelado mais tarde pelo próprio fisioterapeuta, entende-se que aquele seria um local propício para Marcos declarar tal conhecimento. Em vez disso, nota-se a ocorrência de uma micropausa (l. 236). Após a micropausa, Marcos toma o turno. Contudo, em lugar de fazer seu acesso ao exame relevante, o fisioterapeuta provê um continuador (l. 237). Prover continuadores, *per se*, é uma ação interacional que trabalha no sentido de oferecer ao/à falante corrente a oportunidade de continuar falando sem que seja necessário disputar o turno com o/a interlocutor/a. (MANDELBAUM, 2013). Assim, ao abster-se de produzir fala para além do continuar, Marcos acaba por oportunizar que Miriam continue falando. A paciente não toma o turno prontamente, e o que se percebe é a ocorrência de outra micropausa (l. 238). Essa última micropausa opera como mecanismo selador de devolução de turno à paciente, como se verifica acabar ocorrendo. Miriam, então, expande a justificativa em torno da razão pela qual ela deve estar “de pleno acordo” com seu médico a fim de decidir pela reabilitação ou não

¹⁰⁵ Percebe-se que Miriam não nomeia o problema apresentado no exame. Contudo, isso não se mostra uma questão a ser tratada por Marcos, por exemplo, por meio de reparo. Talvez isso ocorra em razão de Marcos ter tido acesso ao exame, conforme afirmado por ele em seu próximo turno, e, portanto, saber sobre o tipo de problema a que Miriam está se referindo.

¹⁰⁶ Veja-se explicação sobre o termo LRT no Capítulo 5.

(l. 238-239), cuja elaboração, seguindo o padrão de suas falas nessa sequência, apresenta pausas e hesitações.

As pausas e hesitações apresentadas na fala de Miriam no segmento da interação em discussão merecem algum empenho analítico. Primeiramente, nota-se que a paciente as produz ao responder à recomendação do fisioterapeuta (l. 229-231). O fato de a paciente produzir fala permeada por hesitações e pausas em resposta à recomendação do fisioterapeuta pode ser interpretado como forte indício de que resistir à recomendação e, conseqüentemente, resistir ao direito deôntico requerido por Marcos configura uma ação delicada para ela. (BERGMANN, 1998). Lembrando que o paciente Severo demonstra orientar-se para a contestação ao domínio epistêmico afirmado pelo fisioterapeuta também como uma ação delicada (veja-se discussão sobre o sorriso de Severo – Excerto 10), pode-se dizer que se contrapor aos domínios epistêmicos e deônticos, afirmados e requeridos, respectivamente, pelos profissionais, nesse contexto, é algo interacionalmente custoso para os/as pacientes. Isso é importante para o que se quer discutir mais adiante acerca das implicações interacionais geradas a partir das negociações realizadas pelos/as interlocutores/as em torno da atividade de recomendar reabilitação supervisionada enquanto tipo de prestação de serviço não requerida pelos/as pacientes. Por ora, chama-se a atenção para o fato de que as pausas e hesitações apresentadas pela paciente parecerem motivadas por razões diferentes.

Se, em um primeiro momento, as hesitações e pausas exibidas pela paciente sugerem produção de ação delicada, i.e., resistir à recomendação e, de modo intrínseco, ao direito de Marcos de exercer autoridade deôntica, em um segundo momento, a fala hesitante e permeada por pausas parece explicar-se pela imprecisão do conhecimento que Miriam demonstra ter sobre o estado de saúde de seu coração. Em outras palavras, ela não sabe descrever o que se apurou por meio do exame que realizou (note-se que Miriam fala sobre o exame em termos gerais, “não foi das melhores coisas que apareceram”), nem relatar de maneira acurada no que consistiu o procedimento cirúrgico pelo qual passou (l. 239-241). A discussão em torno da falta de fluência da fala de Miriam leva à ponderação sobre o que significa para a paciente ter que lidar interacionalmente com a recomendação de Marcos. Em primeiro lugar, ao receber a recomendação, ela vê-se diante do trabalho interacional de ter que resisti-la, e isso mostra-se uma ação delicada para ela. Em segundo lugar, o fato de ela, normativamente falando, ter que se justificar frente à resistência cria-lhe problemas interacionais justamente pelo conhecimento faltoso que possui sobre a razão pela qual a resistência se justifica. Nesse aspecto, argumenta-se que Marcos poderia ter poupado a paciente de ter que expandir a justificativa sobre a qual ela apresenta dificuldade para elaborar (l. 239-241) se ele não tivesse

atrasado a informação de que acessara ao exame referido por Miriam. O fato de ele, em vez disso, prover um continuador (l. 237) faz com que a paciente tenha que ampliar o escopo da justificativa, o que se mostra interacionalmente dificultoso para ela.

Direcionando o foco da análise para as ações interacionais do fisioterapeuta no excerto em discussão, observa-se que ele também produz atrasos (l. 232, 235 e 240). Interacionalmente falando, atrasos são comuns em sequências em que há desalinhamento e/ou desafiliação¹⁰⁷ entre participantes. Assim, o atraso da declaração de Marcos sobre seu conhecimento acerca do referido exame talvez se explique pela ação despreferida de Miriam de resistir à recomendação nos termos propostos por ele.

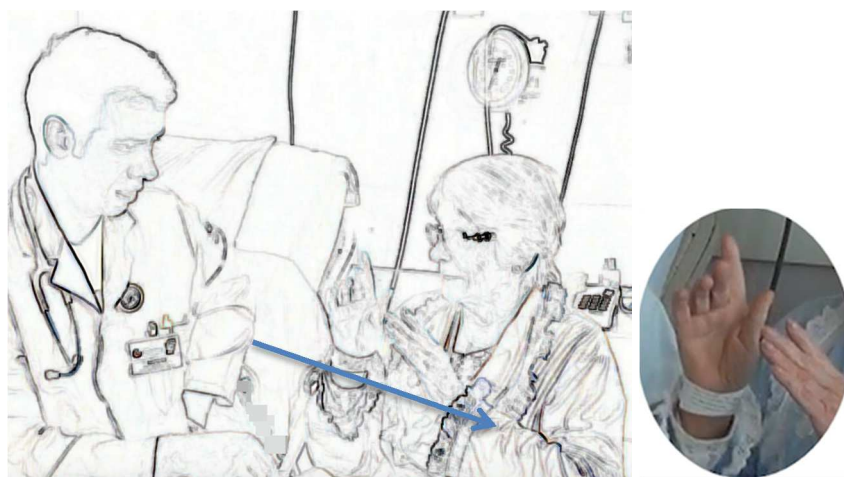
O que a análise sequencial da interação não explica é por que o fisioterapeuta não se antecipa e declara sua informação sobre o exame antes que a própria paciente o faça relevante deixando passar, assim, a oportunidade de fazer uma abordagem particularizada à Miriam, i.e., uma abordagem que levasse em consideração informações que tocam a individualidade da paciente. Embora de caráter puramente especulativo, parte da explicação para isso pode estar relacionada ao que foi discutido no capítulo anterior deste trabalho sobre o “modo Maxcárdio de falar”, i.e., a maneira mais ou menos padronizada de falar que os/as profissionais desenvolvem e reproduzem para anunciar informações sobre o programa a cada novo encontro com cada novo/a paciente. Conforme discutido no Capítulo 5 deste trabalho, ao abordarem os/as pacientes por meio do modo Maxcárdio de falar, os/as profissionais tendem a restringir a produção de suas falas ao cumprimento da tarefa institucional de apresentar o programa. Desse modo, os/as profissionais tendem a não fazer relevantes nas conversas tópicos que fogem à tarefa institucional em pauta. Entretanto, nesse caso específico, não se pode deixar de considerar que o atraso da informação sobre o acesso ao exame permite que Miriam continue falando. A questão que fica em aberto, nesse ponto, então, é: o que é melhor, priorizar a progressão da conversa e adiantar a informação ou “ouvir” a paciente? Não se tem como saber “a motivação” de Marcos ao atrasar a informação em discussão, mas o fato é que o atraso gera consequências interacionais.

Primeiramente, antes de discutir as consequências que o atraso na entrega de informação de acesso ao exame de Miriam gera para a interação, é importante notar que o momento em que Miriam toma o turno (l. 228) e resiste à recomendação do fisioterapeuta marca ruptura da organização até então apresentada na conversa, na qual Marcos mantinha a identidade de falante, e Miriam, a de ouvinte. Naquele momento, as coisas se invertem.

¹⁰⁷ Para explicações sobre os termos desafiliação e desalinhamento, veja-se Capítulo 5.

Contudo, mais relevante do que isso é o fato de Miriam revelar seu *status* epistêmico dentro do domínio do exame, i.e., revelar o acesso à informação sobre o exame, antes de Marcos (l. 234-235). Tal ação faz com que Miriam passe a ter um controle mais agentivo da interação até o ponto em que ela parece sentir-se à vontade para requerer o direito de determinar a ação futura do fisioterapeuta (l. 246-247). Como se observa pela transcrição das linhas 246-247, Miriam articula seu posicionamento deôntico em formato diretivo (= [isso aí que tu] tem que [olhá]). O diretivo vem acompanhado de um gesto com a mão direita em que o dedo indicador é posicionado em riste, gesto que, de modo recorrente, acompanha ações verbalizadas de comando (veja-se a figura 10). Naquele momento, Marcos demonstra não ver outra saída a não ser consentir à autoridade da paciente (“[↑m↓hm]”, l. 248), o que ele faz em fala sobreposta à fala de Miriam. Após o término da sobreposição de vozes, quando fala às claras, Miriam finaliza seu turno com uma pergunta de resposta sabida (sa]be por quê?, l. 247). Perguntas desse tipo possuem natureza retórica e, nesse sentido, a pergunta de Miriam faz com que Marcos tenha pouca opção de ação interacional a não ser permitir que ela termine seu raciocínio, o que Miriam faz por meio de uma justificativa que remonta a algo que o médico encontrou em seu coração (l. 250-253). Embora Miriam não nomeie o que foi encontrado pelo médico, isso não se configura um problema interacional a ser reparado, uma vez que Marcos produz apenas um marcador de recebimento da informação.

Figura 10 – Gesto de dedo em riste realizado pela paciente Miriam (à direita)



Fonte: Elaborada pela autora com base no Programa Photoscape.

Embora não seja possível saber o que o médico encontrou no coração de Miriam, torna-se evidente que a descoberta não é algo positivo para o estado de saúde do coração da paciente. Independente disso, para todos os efeitos práticos interacionais, a justificativa

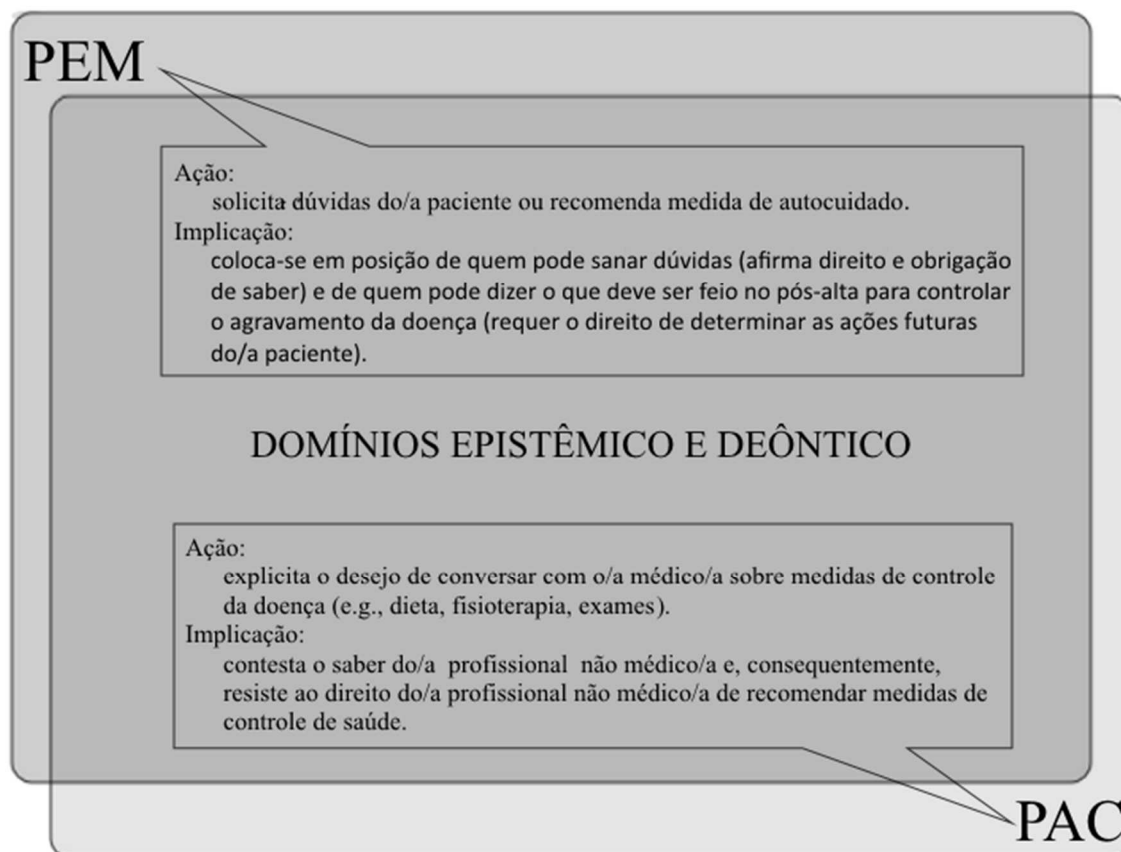
trazida pela paciente opera como alavanca para a alusão de que seu caso de saúde é particular (l. 255-257). A alusão da paciente, ao fim e ao cabo, é entendida por Marcos como uma reclamação por particularização. Conforme se poderá perceber por meio da análise do Excerto 15, apresentada na próxima subseção, Marcos propõe tratar do caso de Miriam a partir de uma futura conversa com o médico que fez a cirurgia em Miriam, atendendo, assim, à condição imposta por Miriam para aderir à recomendação de prosseguir com a reabilitação cardíaca. Por enquanto, importa salientar que é em resposta ao que Marcos toma como uma reclamação por particularização por parte de Miriam que o fisioterapeuta começa a lidar com as consequências interacionais causadas pela recomendação em favor de reabilitação cardíaca oferecida de maneira que a generalidade da orientação sobreponha-se às especificidades do caso de Miriam.

Antes de se passar à próxima subseção, com base no que foi discutido até o momento, quer-se chamar a atenção para como o entrelaçamento dos domínios epistêmicos e deônticos (STEVANOVIC, PERÄKYLÄ, 2012) se dá no contexto do evento Maxcárdio. A partir da análise dos Excertos 10 e 12, é notável que o fisioterapeuta se lança na conversa como alguém com *status* epistêmico balizado, i.e., alguém dotado de saber para: (a) sanar as dúvidas dos/as pacientes e (b) ter o direito de fazer recomendações dentro da sua área de especialização profissional. No Excerto 10, seu *status* se concretiza por meio de solicitação para o paciente expor eventuais dúvidas. No Excerto 12, a concretização aparece em forma de recomendação tácita em favor de reabilitação cardíaca. Em ambos os casos, o fisioterapeuta toma seu saber profissional, i.e., seu *status* epistêmico, como endosso de seus *status* deôntico – alguém com reconhecida faculdade de dizer o que outra pessoa (não) pode ou (não) deve fazer. Nos dois excertos, porém, vê-se que o paciente Severo e a paciente Miriam não abonam nenhum dos *status* exibidos por Marcos. Ao reconhecerem os médicos como profissionais de *status* epistêmico e deôntico ratificados para lhes dizer como devem proceder no pós-alta, Severo e Miriam contestam o *status* epistêmico de Marcos, ao mesmo tempo em que resistem ao seu *status* deôntico. Nesse ponto, importa lembrar que os termos contestar e resistir são usados nesta tese como ações responsivas feitas relevantes a partir das ações de afirmar algum conhecimento dentro de determinado domínio epistêmico e requerer algum direito deôntico, respectivamente, conforme propõe a literatura da AC sobre esses tópicos analíticos. (HERITAGE, 2012; HERITAGE, RAYMOND, 2005; STEVANOVIC, 2011; STEVANOVIC, PERÄKYLÄ, 2012).

A figura que segue procura sintetizar o entrelaçamento dos dois domínios, epistêmico e deôntico, e suas implicações para o cumprimento da tarefa institucional do fisioterapeuta de amparar pacientes no tocante à autogestão de cuidados de saúde (WHO, 2003). Na figura 11,

apresentado a seguir, as abreviaturas PEM e PAC significam profissional da equipe Maxcárdio e paciente, respectivamente.

Figura 11 – Entrelaçamento dos domínios de autoridade epistêmica e deôntica em situação de recomendação de autocuidados de saúde oferecida por profissionais não médicos/as no contexto do evento Maxcárdio



Fonte: Elaborada pela autora.

Dentro da proposta de apresentar um percurso empírico das negociações que envolvem domínios epistêmico e deôntico no evento interacional em discussão na tese, o próximo passo é mostrar como os/as profissionais da equipe Maxcárdio lidam com as ações responsivas produzidas pelos/as pacientes em situações de contestação à afirmação de conhecimento dentro de determinado domínio epistêmico e de resistência ao direito deôntico requerido pelos/as profissionais nos eventos Maxcárdio. Dessa feita, passa-se à próxima subseção na qual primeiramente analisam-se partes da interação entre o fisioterapeuta Marcos e o paciente Severo e, depois, volta-se à discussão sobre como o fisioterapeuta lida com o chamamento à particularização de seu caso feito pela paciente Miriam.

6.3.2 Recursos Interacionais Mobilizados por Profissionais Não Médicos/As para Lidar com (Potenciais) Ações de Contestação e Resistência por Parte de Pacientes

No que se refere ao modo como os/as profissionais não médicos/as da equipe Maxcárdio lidam com as ações de contestação aos seus saberes e de resistência aos seus direitos de poder dizer que medidas de autocuidado de saúde devem ser adotadas no pós-alta, a investigação dos dados revela haver três padrões interacionais recorrentes. O primeiro padrão pode ser descrito como de reafirmação de *status* epistêmico e deontico pós-ação de bloqueio à recomendação implementada por pacientes. O segundo padrão mobiliza recursos interacionais de modo a buscar suporte para a recomendação na autoridade médica. Finalmente, o terceiro padrão mobiliza recursos interacionais de maneira a anteceder a busca por autoridade médica para endossar a recomendação. Esse último padrão parece operar como possível recurso capaz de neutralizar as ações de bloqueio à recomendação implementadas pelos/as pacientes nos turnos em que respondem às recomendações ofertadas pelos/as profissionais. Discutem-se os três padrões a seguir.

6.3.2.1 Reafirmação de Statuses Epistêmico e Deontico Pós-Ações de Bloqueio à Recomendação Implementada por Pacientes

O primeiro padrão supracitado pode ser evidenciado no Excerto 13. O excerto em questão exhibe a mesma parte da interação entre Marcos e Severo observada anteriormente no Excerto 11.

Excerto 13 [HNS_09_09_13_Marcos_Severo_minha área]

```

37  MARCOS: >então assim óh< vamos conversá um pouquinho a respeito
38          da fisioterapi:a que daí entra a minha área, e da
39          questão do exercício fí:sico, e da atividade física-
40          (.) pós (.) a tua alta hospitalar. °aqui.°
41          (0.7) ((passam a se orientar para o manual))

```

Conforme mencionado anteriormente, à luz da análise do Excerto 10, o paciente Severo resiste ao exercício de direito deontico requerido por Marcos ao declarar seu desejo de falar com o médico sobre o tópico proposto pelo fisioterapeuta, qual seja, fisioterapia no pós-alta. Após o fechamento da sequência em que o fisioterapeuta solicita que o paciente exponha suas dúvidas acerca do tópico feito relevante e o paciente responde com a afirmação de seu desejo, o fisioterapeuta posiciona-se, epistemicamente falando, de maneira a reafirmar seu

status epistêmico¹⁰⁸. Ao propor “conversar um pouquinho sobre a fisioterapi:a que daí entra a minha área” (l. 37-38), Marcos reestabelece sua identidade como fisioterapeuta do programa, o que lhe dá o direito de dizer o que é recomendável que o paciente faça em termos de exercícios físicos no pós-alta. Nesse sentido, é notável o que ele faz nos turnos subsequentes em termos de alocação de direitos e responsabilidades de saber e de poder dizer algo relacionado às medidas de autocuidado de saúde a serem adotadas no pós-alta dentro das áreas de atuação profissional que integram a equipe multidisciplinar do programa Maxcárdio. Veja-se a esse respeito o Excerto 14.

Excerto 14 [HNS_09_09_13_Marcos_Severo_orientação por área]

42 MARCOS: né::? depois o pessoal da nutrição vai te orientá:
 43 >na verdade< .h cada área vai passá aqui e vai te- vai
 44 te passá as orienta↑ções.hh (0.4) o pessoal da nutrição
 45 te orientá a questão do que comer, e também fala um
 46 pouquinho a questão da bebi:da ali::,
 47 (0.4)
 48 .h né? ã:: as medicações, o médico também vai te
 49 orientá o que que tu tem que sair daqui toma:ndo, como
 50 é que vai funcio↑ná.h mas vamos um pouco agora então
 51 da atividade física e da reabilitação.
 52 (1.6)
 53 ((Severo não produz vocalização nem movimentos com a
 54 cabeça.))

Marcos recupera os outros dois tópicos entre os “três nãos” (i.e., fazer, comer, beber) que Severo declara querer conversar com o médico e os aloca dentro do domínio de *expertise* do “pessoal da nutrição” (l. 44). Além disso, o fisioterapeuta condiciona as orientações sobre medicamentos à área da medicina. Dessa maneira, de forma implícita, Marcos organiza as orientações de autocuidados de saúde envolvidas no programa por área de conhecimento e competência institucional. Severo, por sua vez, parece não se alinhar com a organização proposta por Marcos, tanto que não produz ações responsivas aos turnos de Marcos, conforme anotações de transcrição à linha 53-54.

Embora seja difícil afirmar, a ausência de ações responsivas de Severo talvez se explique pela “cultura do doutor/a sabe tudo”, segundo a qual nenhum saber se sobrepõe ao saber médico. Nesse sentido, em contraposição ao padrão de reafirmação de *status* epistêmico e deôntico, visto no Excerto 13, outro padrão apresentado pelos/as profissionais para lidar com a contestação e resistência de pacientes perceptível nos dados é a busca pelo apoio da

¹⁰⁸ Lembrando que posicionamento epistêmico refere-se à organização morfosintática, semântica e prosódica do turno, i.e., a maneira como o turno de fala é elaborado e entregue ao/à interlocutor.

autoridade médica pós-ação de bloqueio implementada por pacientes frente a recomendações ofertadas. Trata-se desse padrão a seguir.

6.3.2.2 *Busca de Apoio na Autoridade Médica para Lidar com Ações de Bloqueio a Recomendações Implementadas por Pacientes*

Em situações em que pacientes contestam o *status* epistêmico do/a profissional não médico/a e, por consequência, resistem ao seu direito deontológico de recomendar certa medida de autocuidado no pós-alta, pode ocorrer que o/a profissional não médico busque apoio na autoridade médica para fazer valer a recomendação ofertada. Isso é comum quando a ação de bloqueio à recomendação implementada por pacientes concretiza-se por meio de demanda por discutir com os/as médicos sobre quais cuidados (e.g., fisioterápicos ou nutricionais) devem ou não ser adotados no pós-alta.

A ação de buscar apoio na autoridade médica normalmente ocorre em fechamento de sequência em terceira posição (*Sequence Closing Third*). (SCHEGLOFF, 2007). Colocando em termos mais claros, uma sequência interacional tende a se estabelecer a partir da produção de uma primeira parte de um par adjacente (e.g., oferta de recomendação). O fechamento da sequência normalmente acontece com a produção da segunda parte do par adjacente (e.g., aceite ou recusa à recomendação). Após a produção da segunda parte do par, pode haver episódios de sequência expandida (e.g., justificativas). Em seguida da sequência expandida, abre-se um lugar relevante para a abertura de uma nova sequência dentro da interação por meio de seleção de um novo tópico. Contudo, se o/a interlocutor/a bloqueia a seleção de um novo tópico e produz fala ainda relevante à sequência principal, a possibilidade de completude da sequência principal dar-se-á com a seleção de um próximo tópico com potencial de fechamento da sequência e assim sucessivamente até o ponto em que a sequência principal é trazida à completude e uma nova sequência estabelece-se na conversa. São esses fechamentos ocorridos após a produção da segunda parte do par adjacente da sequência principal e, normalmente, após a sua expansão que se denominam fechamentos de sequência em terceira posição. Com vistas a auxiliar no entendimento do que significa mobilizar recursos para buscar apoio na autoridade médica em fechamento de sequência em terceira posição, apresenta-se um quadro ilustrativo das interações em que se observa a ocorrência de tal ação em relação a outras ações que constituem esse tipo de sequência interacional.

Quadro 8 – Ilustração do posicionamento das ações dentro da sequência interacional em que se observa o padrão de mobilizar recursos para lidar com a resistência de pacientes frente a recomendações ofertadas

Posição da ação na sequência	Quem faz a ação e qual ação é feita	Implicação interacional
Ação feita em 1ª posição.	A faz a recomendação.	Abertura do par adjacente.
Ação feita em 2ª posição.	B resiste à recomendação.	Fechamento do par adjacente.
Ação feita em sequência expandida (mesmo tópico).	B provê justificativa para a resistência.	Continuação do tópico feito relevante (recomendação).
Ação responsiva à sequência expandida (mesmo tópico).	A responde à justificativa de B.	Resposta à ação feita em posição de sequência expandida. Abertura de lugar relevante para mudança de tópico.
Ação feita em 3ª posição.	A produz fala referente ao tópico implicado na ação que iniciou a sequência (recomendação).	Em lugar de fazer novo tópico relevante e, assim, fechar a sequência inaugurada pela ação de recomendar, A persegue o tópico que abriu a sequência interacional por meio da ação realizada em 1ª posição.

Fonte: Elaborado pela autora.

Um exemplo de ocorrência do padrão de buscar apoio na autoridade médica em posição de fechamento de sequência em terceira posição pode ser observado na continuidade da interação entre o fisioterapeuta Marcos e a paciente Miriam. Ao final do Excerto 12, exibido na subseção 6.3.1, Miriam faz uma formulação, a saber: “então por esse motivo (0.82) eu acho que talvez as minhas meus coisas(0.64) sejam um pouco dife[rente °das outras pessoas°]” (l. 255-257). A formulação de Miriam traz a sequência principal (i.e., oferta de recomendação-recusa à recomendação) à possível completude justamente pela natureza resumidora que apresenta em relação à justificativa pela recusa à recomendação de Marcos. Ocorre que formulações fazem relevante ações de concordância ou de discordância como segunda parte do par adjacente aberto por elas. No excerto em análise, tivesse Marcos concordado ou discordado da formulação de Miriam, ele teria levado a cabo a proposta de fechamento de sequência que a ação de Miriam oportuniza. Em vez de concordar ou discordar da formulação de Miriam, entretanto, Marcos age de

maneira a perseguir na expansão da sequência principal em pauta na conversa, conforme pode-se observar no Excerto 15.

Excerto 15 [HNS_10_10_13_Marcos_Miriam_o médico também passa orientações]

260 MARCOS: assim ó até a a vamos conversá ainda com o médico aqui
 261 do hospital >>(°já que a) senhora tá internada<< a
 262 gente consegue conver[sá] com ele°. (0.6) e depois no
 263 MIRIAM: [é]
 264 momento que a senhora tivé alta do médico também passa
 265 algumas orientações,
 266 (0.6)
 267 MARCOS: né? e a senhora vai levá o seu histórico o que que foi
 268 feito aqui, >que cirurgia< (0.3) quando chegá no
 269 cen[tro >>onde]=
 270 MIRIAM: [é:::]
 271 MARCOS: =a senhora for trabalhá a senhora leva
 272 todo um histó:rico junto >que o médico no dia da alta<
 273 vai lhe entregá=
 274 MIRIAM: =é::=
 275 MARCOS: =tá? então tudo isso vai junto com a
 276 senhora como documento=
 277 MIRIAM: =até por[que ele disse]
 278 MARCOS: [pra senhora poder] chegá
 279 e o pessoal também=
 280 MIRIAM: =QUEM sabe bem mais adiante, (0.4)
 281 quando o coração ficá mais fibro:so=
 282 MARCOS: =↑m↓hm=
 283 MIRIAM: = dê pra
 284 fechá:
 285 (.)
 286 MARCOS: [↑m↓hm]
 287 MIRIAM: [por enquanto] não convém mexê de jeit[to nenhum]
 288 ((paciente balança a cabeça horizontalmente))
 289 MARCOS: [tá. não vai] ser
 290 mexido.=
 291 ((paciente franze a boca))
 292 MARCOS: =↑m↓hm (.) não >>isso aí<< essas informações a
 293 gente conversa com a equipe médica (.) mas no dia
 294 da alta a senhora vai recebê toda uma orientação também
 295 médica .hh né?=
 296 MIRIAM: =((assente com a cabeça))
 297 MARCOS: = pra podê fazê esse processo de
 298 reabilitação aí.
 299 (0.4)
 300 MARCOS: então o ideal é que >>continue fazendo<< e ((toca o
 301 braço da paciente)) por isso a importância ↑da
 302 supervisão.
 303 (.)
 304 MARCOS: né?=
 305 MIRIAM: =↑m↓h[:m]
 306 MARCOS: [por]que a gente tem que ter alguns cuidados com
 307 o paciente que fez a cirurgia cardíaca
 308 MIRIAM: ↑m↓hm

Em resposta à Miriam, após produzir um marcador discursivo (“assim ó”), que, na sequência interacional, ao que parece, opera como indicando continuidade de tópico, Marcos

informa a paciente sobre a disposição de tratar do caso de Miriam com o médico (“até a a vamos conversá ainda com o médico aqui do hospital” , l. 260-261). O propósito da conversa com o médico fica implícito. Não obstante seja impossível afirmar, mas levando em conta a organização sequencial da conversa até aquele momento, infere-se que a conversa com o médico, aventada por Marcos, tenha como finalidade esclarecer os problemas de saúde de Miriam e sua relação com a indicação em favor de reabilitação cardíaca. Mais adiante, o fisioterapeuta faz nova referência ao contato que Miriam terá com o médico no dia da alta e à orientação médica que ela receberá na ocasião. Em seguida, ele faz relevante o histórico médico da paciente. Nas três oportunidades em que se refere ao documento (l. 272-273, 276 e 294-295), o fisioterapeuta o relaciona ao momento em que a paciente iniciará a reabilitação cardíaca, presumidamente, no pós-alta (e.g., “(0.3) quando chegá no cen[tro >>onde]= senhora for trabalhá<”, l. 269-271). A maneira como o fisioterapeuta elabora a parte da fala compreendida entre as linhas 268 e 271 alude à ida da paciente ao centro de reabilitação como uma ação futura acertada. Entretanto, até aquele momento, a decisão de procurar um centro de reabilitação não fora manifestada por Miriam. Em outras palavras, o direito de Marcos de dizer como ela deve proceder no pós-alta, no que toca essa decisão, até aquele momento da interação, não fora consentida pela paciente. O que a análise desse trecho da interação faz pensar é que, ao que parece, o fisioterapeuta, ao buscar apoio na autoridade médica como forma de validar a recomendação por reabilitação cardíaca toma a questão da resistência da paciente como resolvido, o que se mostra improcedente até aquele momento interacional.

Ainda, ao buscar apoio na autoridade médica como maneira de lidar a com recusa da paciente frente à recomendação por reabilitação, o fisioterapeuta parece agir de modo a contribuir para reforçar o entendimento de que a recomendação precisa, primeiramente, ser chancelada pelo médico. Em outras palavras, ao precisar do aval médico para sustentar a recomendação em favor de reabilitação cardíaca, o fisioterapeuta recua em termos de posicionamento deontológico. Esse recuo, enquanto ação interacional, parece obter um resultado improdutivo em termos de convencimento da paciente a aceitar a recomendação de reabilitação. O ponto máximo de resistência ao direito de Marcos de dizer como a paciente deve proceder em termos fisioterápicos no pós-alta acontece quando Miriam desautoriza Marcos enquanto falante. Apesar de produzir ações aparentemente afiliativas providas em turnos anteriores (l. 263, 270 e 274), note-se que no turno iniciado na linha 277, a paciente rompe a organização da sequência em andamento ao tornar relevante um tópico que entra em desafiliação com o tópico tratado por Marcos. A ruptura é reforçada no turno transcrito nas

linhas 280-281, quando a paciente inclusive profere a primeira palavra do turno em volume mais alto exibindo total desatenção à fala de Marcos.

As ações desafiliativas de Miriam fazem com que Marcos abandone temporariamente sua linha de raciocínio. Ele dá mostras de aceitar a identidade de ouvinte imposta por Miriam (l. 282 e 286) e responde à afirmação da paciente de que em seu coração “[por enquanto] não convém mexê de jeit[o nenhum]” com um marcador de concordância e a repetição parcial do turno da paciente (“[tá. não vai] ser mexido.”, l. 289-290). Nessa parte da interação, Miriam novamente posiciona-se de modo a revelar maior grau de conhecimento dentro do gradiente epistêmico do domínio de informação em pauta. (HERITAGE, 2012). Dito de outra forma, na balança de negociação de informação sobre como o coração deverá ser tratado, a paciente exhibe *status* epistêmico mais elevado em comparação com o fisioterapeuta, afinal, é ela quem obtém a informação de que seu coração “não convém ser mexido.” Mesmo que o acesso à informação apresente-se como “derivado” (POMERANTZ, 1980), isso não invalida a autoridade epistêmica afirmada por ela.

Após produzir um marcador de recebimento (l. 292), oferecido depois da repetição parcial do turno da paciente, Marcos retoma o tópico suspenso por conta da fala de Miriam e propõe novamente conversar com a equipe médica sobre o caso específico da paciente. Ele também menciona mais uma vez a orientação médica que a paciente receberá no dia da alta (l. 292-293). Ao final desse turno, Marcos produz o marcador discursivo “né”, após uma expiração audível. O uso desse marcador em posição final de turno tende a operar como solicitador de confirmação e, dessa feita, impor ao/à interlocutor/a a relevância condicional (SCHEGLOFF, 1968; 2007) de ter que agir em resposta à solicitação. Miriam orienta-se para essa relevância e age assentindo com a cabeça. Mais uma vez, então, o fisioterapeuta associa a referida orientação ao processo de reabilitação, atividade ainda não assentida pela paciente. A pausa que segue esse turno de Marcos (l. 299) é significativa na medida em que aquele momento seria propício ao aceite da paciente à recomendação de Marcos. Note-se que o fisioterapeuta, novamente, elabora o procedimento à reabilitação como uma decisão já tomada (“=pra podê fazê esse processo de reabilitação aí.”, l. 297-298), o que, em última instância, escalona a requisição do direito de determinar ou, nesse caso, quase impor uma tomada de decisão positiva à paciente.

Talvez, em razão da ausência de aceitação à recomendação por parte de Miriam, Marcos recue em seu posicionamento deôntico mais uma vez. A recomendação em favor da reabilitação é (re)elaborada como “ideal que continue fazendo” (l. 300). Marcos finaliza o turno com a retomada da “importância da supervisão”, algo que ele havia dito, embora de

outra maneira, quando iniciou a sequência de recomendação (Excerto 12, l. 219-228, à subseção 6.3.1). A perseverança em resistir à recomendação por parte da paciente é notada por Marcos, tanto assim que ele produz um turno em que o marcador discursivo “né” em entonação ascendente figura sozinho (l. 304). Em posição sequencial intermediária, i.e., entre o disparo de uma ação interacional que torna condicionalmente relevante uma resposta àquela ação, e produzido em entonação ascendente, o “né” tende a operar como intensificador de busca por consentimento ao direito deontico requerido¹⁰⁹. Não por acaso, então, Miriam pela primeira vez dá mostras de aceitar a recomendação (novamente realizada de maneira tácita) de proceder à reabilitação sob supervisão (“=↑m↓hm[: :]”, l. 305) – não obstante, por meio de um recibo fraco de concordância (*weak agreement token*). (COUPER-KUHLEN, 2009; GARDNER, 1997). O fisioterapeuta ainda expande a sequência e acrescenta uma justificativa (l. 306-307) para a reabilitação acompanhada, o que reforça a ideia de supervisão, proposta no momento em que Marcos resume como a paciente deve proceder em termos fisioterápicos no pós-alta, no início do Excerto 12 (l. 219-228).

Nesse ponto, antes de encerrar a discussão referente ao Excerto 15, acredita-se que é válido explorar as falas de Marcos com vistas a sistematizá-las em termos de ações implementadas em favor de recomendar reabilitação cardíaca no encontro com Miriam. Para tanto, apresenta-se um quadro que resume a maneira como a recomendação é abordada com a paciente e a maneira como o fisioterapeuta lida com a resistência de Miriam.

Quadro 9 – Sistematização das falas do fisioterapeuta Marcos em conversa com a paciente Miriam: ações e consequências

(continua)

Onde?	O quê?	Como?	Consequência interacional?
Excerto 12 l. 219-228	Recomendação	“então o objetivo é isso. sair do hospital e dar continuidade ao programa de reabilitação cardíaca.”	Resistência por parte de Miriam: “só que eu tenho que tá de pleno acordo com o médico que me operô [...]” (l. 229-231).
Excerto 15 l. 260-261	Busca de apoio na autoridade médica	“assim ó até a a vamos conversá ainda com o médico aqui do hospital[...]”	Alinhamento por parte de Miriam: “é” (l. 263)

¹⁰⁹ Afirmação feita a partir de seções de análise e discussão de dados realizadas junto ao grupo de pesquisa FEI.

(conclusão)

Onde?	O quê?	Como?	Consequência interacional?
Excerto 15 l. 268- 272	Tratamento da reabilitação como decisão já tomada a partir da conversa com o médico	“quando chega no centro onde a senhora for trabalhá a senhora leva junto todo um histórico que o médico no dia da alta vai lhe entregá tá? então tudo isso vai junto com a senhora como documento.”	Resistência por parte da paciente: “até porque ele disse QUEM sabe [...]” (l. 277 e 280-281).
Excerto 15 l. 289-290	Aceitação dos termos da paciente	“tá. não vai ser mexido.”	Não há evidência de que a ação de Miriam, após esse turno de Marcos, seja responsiva à fala dele: franzimento da boca (l. 291)
Excerto 15 l. 292-293	Recuo no tratamento da reabilitação como decisão tomada	“não. isso aí essas informações a gente conversa com a equipe médica [...]”	Alinhamento por parte de Miriam: assente com a cabeça (l. 296)
Excerto 15 l. 297-298	Persistência na recomendação por reabilitação	“pra podê fazê esse processo de reabilitação aí.”	Resistência por parte de Miriam: ausência de resposta verbal ou não-verbal (l. 299)
Excerto 15 l. 300-301	Reforço na persistência na recomendação por reabilitação e retomada da importância da supervisão	“então o ideal é que continue fazendo e por isso a importância da supervisão”	Resistência por parte de Miriam: ausência de resposta verbal ou não-verbal (l. 303).
Excerto 15 l. 304	Busca por afiliação da paciente	“né?”	Afiliação por parte de Miriam: “=↑m↓hm[: :]” (l. 305).
Excerto 15 l. 306-307	Reforço da importância da supervisão	“porque a gente tem que ter alguns cuidados com o paciente que fez a cirurgia cardíaca.”	Ação responsiva que indica recebimento de informação: “↑m↓hm” (l. 308).

Fonte: Elaborado pela autora.

Por meio da sistematização das falas de Marcos, é possível observar os recursos interacionais mobilizados pelo fisioterapeuta para lidar com a resistência de Miriam e perseguir na recomendação em favor de reabilitação supervisionada. Primeiramente, nota-se que Marcos faz a recomendação “ao modo Maxcárdio de falar”, i.e., anunciando a informação em termos de objetivo da instituição. Em consequência disso, Miriam entende a recomendação como generalizante e demanda conversar com seu médico que, para ela, é o profissional que pode falar sobre seu caso particular. Marcos atende a demanda da paciente e busca apoio na autoridade médica. Contudo, ele não deixa de insistir na reabilitação supervisionada, inclusive, em certa medida, impondo a atividade como uma decisão tomada e, depois, reforçando sua importância até o ponto em que consegue afiliação por parte da paciente, ainda que por meio de um recibo fraco de concordância (l. 305).

Algo importante a ser levado em conta, ainda nesse caso, remete à indicação de reabilitação cardíaca para pacientes em pós-operatório de revascularização do miocárdio. (veja-se, e.g., SILVEIRA et al., 2008). Nesse aspecto, segundo os Arquivos Brasileiros de Cardiologia (2004), a reabilitação engloba desde massagens até programas de exercícios físicos que visam a recuperar a capacidade cardiorrespiratória e funcional do/a paciente para realizar atividades básicas do cotidiano (e.g., sentar-se, ir ao banheiro, tomar banho, escovar os dentes etc.) até o ponto, em certos casos, em que o/a paciente possa recobrar sua rotina (e.g., trabalhar, cozinhar, realizar atividade sexual, fazer atividades mais intensas tais como caminhar, dançar, correr etc.); aos/às pacientes assintomáticos/as, há, também, a indicação de realização de teste ergométrico dentro do período de três a seis meses pós-cirurgia. Assim, mesmo que a situação de Miriam requeira atenção extra, conforme parece ser o caso em razão do que ela afirma acerca do estado de saúde de seu coração, algum tipo de reabilitação cardíaca (supervisionada) é indicado, sob o risco, por exemplo, de ela vir a ter um edema pulmonar caso permaneça fisicamente inativa por longo período de tempo. Ainda, se é o caso que Marcos teve acesso aos exames de Miriam e, portanto, sabe das condições de saúde de seu coração, o fato de ele ter ido conversar com Miriam sobre a reabilitação sugere que não há contra indicação para a realização da atividade. Dessa feita, o que parece faltar para Miriam é o entendimento sobre o que compreende, de fato, proceder à reabilitação cardíaca (supervisionada) e, também, sobre que tipos de atividade física estão implicados na recomendação de Marcos, questões que o fisioterapeuta não esclarece.

Ainda com base na análise do Excerto 15, alega-se que a estratégia de buscar apoio na autoridade médica não significa necessariamente contornar consequências interacionais talvez causadas pelo procedimento de abordar pacientes restringindo a fala ao “modo Maxcárdio de

falar.” No caso em análise, tendo discutido “como” a paciente Miriam resiste à recomendação do fisioterapeuta Marcos, recorre-se a Stevanovic (2011) na tentativa de explicar por que isso acontece.

Nesse sentido, a primeira questão a ser levada em consideração é que a atividade “recomendar reabilitação supervisionada” ocorre em um contexto em que o serviço de orientação sobre medidas de autocuidado de saúde não é requisitado pela paciente. Entende-se que esse fato contribui para deixar a paciente em posição análoga a uma pessoa que recebe uma oferta de cartão de crédito. (JUNG LAU, OSTERMANN, 2005). Em termos comparativos, pode-se dizer que a reabilitação supervisionada é articulada como algo que trará benefício à paciente e, portanto, como algo difícil de recusar. Assim, a atividade em discussão cria constrangimentos à Miriam, haja vista as pausas e hesitações que Miriam produz ao resistir à recomendação, além das justificativas que ela provê ao desalinhar-se ao fisioterapeuta (veja-se discussão referente ao Excerto 11, à subseção 6.3.1, deste capítulo). Ademais, embora Miriam seja colocada em posição de beneficiária dos efeitos da reabilitação supervisionada (veja-se Excerto 12, l. 226-228), a atividade interacional de recomendar organiza-se de modo que o foco está na apresentação do programa Maxcárdio, i.e., em seus objetivos e supostos benefícios à paciente, e não nas condições de saúde particulares à Miriam. Agregue-se a isso o fato de que, embora Marcos assuma a identidade social de fisioterapeuta do programa, ele não é o fisioterapeuta da paciente nem, ao menos, um provedor de saúde com quem Miriam já estabeleceu algum tipo de vínculo de confiança¹¹⁰. Por último, mas não menos importante, Miriam já havia revelado conhecer as recomendações do programa por conta de seu marido ter sofrido um infarto e ter-se tratado no mesmo hospital onde agora ela se encontra (veja-se Excerto 17, mais adiante). Esse fato concorre para o entendimento de que recomendações que levassem em conta o estado de saúde particular de Miriam provavelmente seriam mais atraentes para a paciente e, talvez, contribuíssem para ela mostrar-se mais receptiva ao requerimento de autoridade deôntica de Marcos. A conjunção desses fatores converge para a percepção de que o fisioterapeuta deixa passar a oportunidade de estabelecer um “ambiente interacional favorável” (MAYNARD; SCHAEFFER; FREESE, 2011) ao se abster de exibir a atualização do seu *status* epistêmico no domínio concernente ao acesso de informação ao exame da paciente e, assim, construir-se como alguém com *status* deôntico válido para recomendar sessões de reabilitação cardíaca supervisionada à Miriam. A discussão referente ao Excerto 15 procura mostrar que, uma vez apresentada resistência do/a

¹¹⁰ Nesse aspecto, importa informar que não há um grupo fixo de pacientes para cada fisioterapeuta. Assim, os/as pacientes fazem as sessões (normalmente duas vezes ao dia) cada dia com um/uma fisioterapeuta diferente.

paciente à autoridade deôntica do/a profissional, a “volta por cima” torna-se trabalhosa, mesmo quando a autoridade médica é chamada a referendar a recomendação.

A análise da interação mostrada no próximo excerto, em comparação com a ação de atender a demanda de pacientes que expressam o desejo que discutir seus problemas com os/as médicos/as, aponta para a existência de um momento propício para os/as profissionais não médicos/as ancorarem recomendação em favor de medidas de autocuidado de saúde na autoridade médica. Discute-se essa maneira de agir na próxima subseção.

6.3.2.3 Recursos Interacionais Mobilizados de Modo a Anteceder a Busca por Autoridade Médica para Endossar a Recomendação

Argumenta-se que a ação de anteceder a busca por autoridade médica de modo a endossar a recomendação por alguma medida de autocuidado de saúde possui potencial para neutralizar possíveis ações responsivas bloqueadoras de recomendação. Conforme discutido mais adiante, isso ocorre porque o/a profissional não médico/a, ao proceder de tal forma, mostra-se conhecedor do caso daquele/a paciente específico/a com o/a qual está conversando. Assim, o/a profissional não médico tem a oportunidade de exibir uma identidade de participante da equipe que cuida do/a paciente em comparação com alguém com identidade de cumpridor/a da tarefa de orientar pacientes por conta das demandas do programa educacional Maxcárdio. A análise do Excerto 16 trabalha no sentido de mostrar como isso acontece.

O Excerto 16 traz um trecho da conversa entre a nutricionista Leia e a paciente Lígia. Importa dizer que parte desse segmento interacional, mais especificamente a fração localizada entre as linhas 162-178, foi discutida no capítulo anterior. Àquela ocasião, o segmento prestou-se para a discussão acerca de como os/as profissionais não médicos/as da equipe “ativam o modo Maxcárdio de falar”. No caso em questão, lembra-se que, conforme previamente informado, nutricionista e paciente conversam sobre a aceitação ou não da dieta que vem sendo oferecida à Lígia ao longo da internação. Após o encerramento do tópico “dieta no hospital”, Leia começa a abordagem sobre o programa. A parte do excerto de maior interesse nesse momento inicia quando a nutricionista seleciona o tópico “parte da nutrição” (l. 176). Segue-se o excerto.

Excerto 16 [HNS_Leia_Lígia_31_07_2013_a parte da nutrição 2]

162 LEIA: >que que< acontece ã::: >já s-< ti↑veram orientaçaã::o
 163 de outros profissionais em relaçaã:o,=
 164 LÍGIA: =si:m °sim°
 165 (0.4)
 166 LEIA: à::: (.) ao progra:ma max↓cárdio né::h então >assi:m<
 167 a gente tento:u ã- unir no <mesmo manua:l> (0.6) né::
 168 (.) ã:: >a parte da< fisioterapi:a,=
 169 LÍGIA: =é::
 170 LEIA: psicologi:a, nutrição, (0.5) as orientaço:es, (0.6) num
 171 único manua:l=
 172 LÍGIA: =[é::]
 173 LEIA: [↑pra] ficá: mais fá:cil (.) pro paciente
 174 LÍGIA: [sim.]
 175 LEIA: [e pros] cuidado:res, (0.7) segui:r os cuida↓dos (.)
 176 né:: h aqui: (0.7) tem a pa:rte da nutrição (.)
 177 especificame:nte
 178 LÍGIA: sim=
 179 LEIA: =tá::, então >são as< orientaço:es nutricionais,
 180 (0.6) que nós considera:mos, (.) fundamentais, (0.4)
 181 pra que siga depo:is (.) né:: (.) ã: ↑pó:s (.)
 182 LÍGIA: si::m=
 183 LEIA: =alta, (0.4)[os]=
 184 LÍGIA: [sim]
 185 LEIA: =cuida:dos=
 186 LÍGIA: =continúa segui:ndo
 187 LEIA: exatamente (.) >en↑tão dona Lígia a gente ↑ti:nha<
 188 conversa:do (.) so:bre o cuidado com o sa:l
 189 (.)
 190 LÍGIA: é:=
 191 LEIA: =né::, o [↑sa:l]
 192 LÍGIA: ° [sim]sim°
 193 LEIA: é fundamental, (.) o contro:le,=
 194 LÍGIA: =é:
 195 LEIA: né: então o médico tá: prescrevendo uma dieta com
 196 pou↓quinho ↓sa:l=
 197 LÍGIA: =si:m
 198 LEIA: .h ↑pra ficá mais ficá mais fá↑cil de enten↑dê: a gente
 199 colocou aqui: (0.4) ã::: i- ã- o ↑objeti:vo né:- as
 200 explicaço:es (0.6) ã::: <porque:> que a gente deve
 201 cuidá do sal (.) entã:o aqui te:m (0.4) ã:: >como ↑é
 202 que< a gente po:de, (.) controlá: no dia a di:a, (.) >o
 203 que que a gente tá ingerindo de sa:l< (.) a gente
 204 listo:u (.) os alime:ntos,
 205 (.)
 206 LÍGIA: °ã::°
 207 (.)
 208 LEIA: então >por exemplo< os embuti:dos=
 209 =a: sim

Depois de fazer referência à parte da nutrição que consta no manual para o qual ambas estão orientadas (veja-se a Figura 12 a esse respeito), Leia informa Lígia que as orientações nutricionais tomam como base o que o programa considera “fundamental” a ser adotado pelos/as pacientes como medidas de cuidados no pós-alta (l. 179-183). Interacionalmente falando, percebe-se Lígia alinhada e afiliativa aos termos de adoção de cuidados propostos

como fundamentais por Leia. Em termos de alinhamento, vê-se que a paciente produz ações preferidas em resposta aos turnos de Leia (l. 182, 184). No que se refere à afiliação, nota-se que Lígia demonstra concordar com a perspectiva da nutricionista (l. 186). A afiliação da paciente não escapa à nutricionista, que produz um recibo de aprovação (GARDNER, 1997) no início do turno transcrito à linha 187.

Figura 12 – Orientação visual das coparticipantes para o manual Maxcárdio



Fonte: Elaborada pela autora com base no Programa Photoscape.

Subsequente ao recibo e após uma micropausa, ainda na mesma linha, Leia sinaliza mudança de tópico por meio de um marcador discursivo e um termo de endereçamento (“>en↑tão dona Lígia”). O tópico selecionado após a sinalização de mudança, i.e., o cuidado com o sal, revela-se ainda como pertencente ao escopo das orientações nutricionais. Contudo, conforme se torna visível pela asserção de Leia e também pela resposta de Lígia, no turno subsequente (l. 190), nutricionista e paciente já haviam conversado sobre dieta hipossódica anteriormente¹¹¹, controle que a nutricionista qualifica, novamente, como fundamental (l. 193). Mais uma vez, a paciente age de maneira afiliativa à nutricionista, concordando com o seu ponto de vista (l. 194). Após a resposta afiliativa de Lígia, Leia produz outro marcador discursivo em posição frontal de turno (“né”, l. 194). A produção desse “né”, local e situadamente, tem potencial para agir como sinalizador de que o tópico em pauta no momento prestar-se-á a um novo curso de ação. Em outras palavras, tomando emprestado um termo da AC, esse “né” opera como sinalizador de mudança gradual de ação

¹¹¹ Veja-se a discussão sobre a existência de um encontro alocado para a abordagem ao programa Maxcárdio no Capítulo 5 deste trabalho.

dentro do mesmo tópico, e não de mudança gradual de tópico (*stepwise topical movement*), como originalmente cunhado por Sacks (1972, p. 15-16). O novo curso de ação que Leia instaura envolvendo o tópico dieta hipossódica revela-se um ligeiro desvio de abordagem sedimentada no “modo Maxcárdio de falar”. O controle do sal que sai do escopo “orientações nutricionais do programa” e entra na esfera da prescrição médica específica à paciente (“né: então o médico tá: prescrevendo uma dieta com pouquinho ↓sa:l=”, l. 195-196), imediatamente aceita por Lígia.

A partir da análise do excerto proposta até esse momento, percebe-se que a nutricionista organiza sua fala de modo a: (a) primeiramente, vincular sua visita à paciente ao programa de educação Maxcárdio e, assim, estabelecer o propósito do encontro, qual seja, orientação educacional acerca de controle nutricional; (b) sinalizar para a paciente o tópico principal da conversa, i.e., cuidados nutricionais fundamentais no pós-alta; (c) retomar a questão da dieta hipossódica, que parece ter sido tratada “extra oficialmente” em outro encontro, mas, nesse momento, é evocada como parte da orientação educacional prevista pelo programa. A maneira como Leia organiza a fala comunga com a organização de fala apresentada por outros/as profissionais não-médicos ao darem início à tarefa institucional de apresentar o programa Maxcárdio, conforme já mencionado neste trabalho. Em outras palavras, o “modo Maxcárdio de falar”, i.e., a ação de anunciar informações sobre orientações educacionais preconizados pelo programa, é um padrão que perpassa todas as áreas que compõem a equipe multidisciplinar do programa, afora a área da medicina, cujo mandato institucional é dar alta aos/às pacientes, conforme anteriormente mencionado. Nesse sentido, argumenta-se que Leia faz um desvio do padrão ao topicalizar a dieta hipossódica via autoridade médica em vez de se ater a abordar o tópico por meio de informações trazidas no manual que, inclusive, é manipulado por ela durante a conversa com Lígia.

Em tal sentido, parece que ser “fundamental o controle do sal” como parte das orientações nutricionais do manual não é o suficiente para endossar a recomendação em favor de dieta hipossódica, mesmo diante de ações afiliativas implementadas por Lígia. Outro ponto a se considerar na fala de Leia é que, ao convocar a autoridade médica, a nutricionista age de modo a se abster de exercer autonomia enquanto nutricionista. Explicando melhor, antes de tudo, enquanto profissional de nutrição, pressupõe-se que Leia possui *expertise* – i.e., *status* epistêmico – e legitimidade – i.e., *status* deôntico, para recomendar que Lígia, portadora de ICC, doença renal, diabetes e hipotireoidismo, controle a quantidade de sal ingerida diariamente sem precisar recorrer à autoridade médica para tanto.

Contudo, analisando a fala de Leia sob outro prisma, pondera-se que, ao chamar pela autoridade médica, ela age de maneira a mostrar que possui conhecimento sobre o caso específico de Lígia. A profissional mostra que sabe o que o médico prescreveu para a paciente. Agindo assim, Leia, em certa medida, imprime um traço particularizante ao evento Maxcárdio em andamento. Além disso, ela também deixa transparecer a prática multidisciplinar que envolve o trabalho dos/as profissionais da equipe Maxcárdio. Desse modo, Leia constrói-se como interlocutora do médico de Lígia. Isso tem potencial para aproximar Leia de Lígia à medida que ela deixa de ser uma nutricionista do programa do hospital, que passou no quarto para cumprir a tarefa de falar sobre as orientações nutricionais do manual, e passa a ser uma profissional envolvida no caso específico de Lígia.

Em comparação com o que ocorre no Excerto 12, interacionalmente falando, vê-se que, enquanto Leia “vai primeiro”, exibindo seu *status* epistêmico atinente ao prontuário de Lígia e, assim, particularizando o atendimento à paciente para além do nível da fala ajustada a sua interlocutora, Marcos “vai segundo” e somente atualiza seu *status* epistêmico referente ao exame de Miriam após a interpelação da paciente sobre tal aspecto. No caso de Leia, a ação coopera para: (a) a construção de uma identidade de nutricionista com *status* deontico legítimo para requerer o direito de reforçar a prescrição médica de dieta hipossódica e (b) a prevenção de eventuais bloqueios por parte da paciente frente a recomendações vindouras ao longo do encontro (e.g., alegação de que a recomendação deve ser endossada pelo/a médico/a). Isso não ocorrera no caso de Marcos, em que a ação teria função reparadora de *status* deontico, já posto em cheque por Miriam. Nesse sentido é que se aponta para a possibilidade de haver um momento mais apropriado para os/as outros/as profissionais da equipe chamarem pela autoridade médica nos encontros investigados, i.e., antes de um eventual bloqueio por parte dos/as pacientes.

Ainda em termos de comparação, pode-se alegar que os dois encontros são bastante diferentes, pois, enquanto Lígia mostra-se alinhada e afiliativa à recomendação em favor de controle de sal, conforme analisado anteriormente, a interlocutora de Marcos age de maneira desalinhada e desafiliativa em relação à atividade recomendada pelo fisioterapeuta, conforme discussão referente ao Excerto 12, à subseção 6.3.1. Entretanto, voltando-se ao início do Excerto 12, vê-se que a transcrição dos turnos inicia na linha 219. Percebe-se com isso que já havia ocorrido conversa antes de Miriam efetivar o bloqueio à recomendação do fisioterapeuta. Mais importante, no início daquele excerto, nota-se, por meio da formulação (HERITAGE, WATSON, 1979) que Marcos faz, i.e., a retomada que ele faz da própria fala, que não é a primeira vez em que ele seleciona o tópico “reabilitação supervisionada” no

encontro com Miriam. Nas outras oportunidades em que Marcos seleciona o tópico, Miriam não faz movimento de bloqueio explícito à recomendação. Tais trechos não foram exibidos; contudo, o fato de Miriam não oferecer bloqueio à recomendação de reabilitação supervisionada em momentos anteriores ao mostrado no Excerto 12 fica evidente pela seleção lexical e pelo desenho do turno da paciente, transcrito entre as linhas 229 e 231 (Excerto 12). Assim, alega-se que o fisioterapeuta teve oportunidades de *ir primeiro* e fazer referência ao exame de Miriam por mais de uma vez antes de Miriam referir-se a ele. Essa alegação cria robustez ao se olhar para o início da conversa entre o fisioterapeuta Marcos e a paciente Miriam e compará-lo ao modo como a nutricionista Leia aborda o programa Maxcárdio com a paciente Lígia. Veja-se o Excerto 17, nesse sentido.

Excerto 17 [HNS_10_10_13_Marcos_Miriam_qual é a ideia?]

1 MARCOS: .hh >> muito bem então assim ó<< () o que nós vamos
2 fazê ont- hoje. a senhora recebeu ontem (.) né? o
3 manual max[cárdio]o (.) tá?
4 MIRIAM: [↓é:]
5 .h que descreve aqui pra senhora °um pouco° () em
6 relação a doe:nça, algumas caracterí:sticas,
7 como é que (.) ã::=
8 MIRIAM: =muita coisa [disso] aí eu já=
9 MARCOS: [até-]
10 MIRIAM: =conhecia
11 porque meu marido °passou por isso°=
12 MARCOS: =↑m↓hm a senhora
13 já tinha [um] pouco de conhecimento a[ssim]=
14 MIRIAM: [↑eu] [↓é]
15 MARCOS: = em relação
16 a i:sso.=
17 MIRIAM: =↓é=
18 MARCOS: =°tá°. .hh[tsç
19 MIRIAM: [°que° eu:: que eu li mais lá no
20 fundo foi a parte da:: (.) fisioterapia=
21 MARCOS: =i:sso que é-
22 é a minha par[te que] eu vou:: podê orientá pra senhora
23 MIRIAM: [é::]
24 MARCOS = agora=que foi o que eu tinha pedido pra senhora ler
25 ontem né::=?
26 MIRIAM: =↑m↓hm=
27 MARCOS: =>na verdade< todas as equipes,
28 enfermagem, nutrição >psicologia, .h a parte médica<
29 também pa:ssam e conversam com a senhora °aqui°
30 (0.6)
31 MARCOS: .hh deixa eu lhe passá assim ó. qual é a ideia?
32 a gente vai conversa::ndo e vai- m: tirando as dúvidas
33 tá?
34 (.)
35 MARCOS ((engole a saliva)) .hh a gente tem algumas
36 orientações então da fisioterapia como eu pedi pra
37 senhora ler o:ntem (.) tá? a ideia é que (0.7) nos
38 primeiros dias depois (.) quando for pra ca:sa, .hh

39 a senhora vá retomando as atividades diárias pouco
 40 a [pouco]
 41 MIRIAM: [pouco]

Analisando-se o Excerto 17, entende-se que o início da abordagem do fisioterapeuta assemelha-se ao começo da aproximação que a nutricionista faz à Lígia no que concerne às medidas de autocuidado circunscritas a sua área de atuação profissional. Em ambos os casos, há referência: (a) ao manual Maxcárdio; (b) aos/às profissionais das outras áreas que compõem a equipe; (c) à distinção da área de atuação do/a falante pertinente ao motivo do encontro. O que distingue as duas abordagens é justamente o desvio de caráter particularizante efetuado por Leia, e não por Marcos. Argumenta-se que, ao longo da sequência exibida no Excerto 17, há momentos oportunos para o fisioterapeuta tornar relevante o conhecimento que tem sobre o exame de Miriam, mais especificamente: (a) após Miriam explicitar o conhecimento que possui sobre as orientações que constam no manual (l. 8-11); (b) em resposta à afirmação de Miriam acerca da leitura da parte do manual relativa à fisioterapia (l. 19-20); (c) após a referência sobre a conversa que a paciente terá com o médico (l. 28-29); (d) no momento em que o fisioterapeuta seleciona as orientações da área de fisioterapia (l. 35-36). Em suma, ao deixar passar tais oportunidades para falar sobre o exame antes de Miriam, além de outros não contemplados na análise, Marcos desperdiça uma oportunidade de construir-se como fisioterapeuta com *status* epistêmico sobre o caso particular de Miriam e, por consequência, como profissional com *status* deontico para recomendar-lhe reabilitação cardíaca. O desperdício, enfim, acarreta um custo interacional alto para Marcos, conforme demonstram as análises dos Excertos 12 e 15.

Dentro da proposta de apresentar um percurso empírico demonstrativo de como a organização macroestrutural do programa enquanto evento em sua totalidade se torna visível, até o momento, as seguintes etapas analíticas foram contempladas: (a) como os/as profissionais não médicos/as da equipe abordam as recomendações em favor de medidas de autocuidado de saúde, (b) como os/as pacientes resistem às recomendações e (c) como esses/as profissionais lidam com a resistência de pacientes ou como eles/elas agem de modo a antecipar possíveis ações de resistência. Quanto ao quesito (b), a análise dos dados mostra que, de forma recorrente, os/as pacientes bloqueiam as recomendações ofertadas pelos/as profissionais não médicos/as ou suas propostas de abordagem sobre autogestão de cuidados de saúde por meio do chamamento à autoridade médica. A manifestação do desejo de conversar com profissionais médicos/as acaba por funcionar como ação de resistência ao exercício de autoridade deontica do/a interlocutor/a circunstancial, nesses casos, dos/as

profissionais não médicos/as. Como próximo estágio na construção do percurso empírico proposto, torna-se importante revelar, então, como os/as profissionais médicos/as conversam sobre essas medidas de autogerenciamento de saúde.

Dedica-se o próximo capítulo à análise dos dados correspondentes às conversas entre profissionais médicos/as que integram a equipe Maxcárdio e pacientes cardiopatas atendidos pelo programa. Novamente, uma questão metodológica se impõe quando da decisão de apresentar as interações com os médicos que participaram da pesquisa. Trata-se das interações com os/as profissionais médicos/as em separado em razão de a tarefa a ser realizada nas consultas de alta ser diferente da tarefa a ser realizada nos encontros em que participam os/as profissionais não médicos/as. Conforme previamente informado, enquanto no primeiro, a principal tarefa consiste em efetuar alta hospitalar, no segundo, a tarefa é proceder à orientação educacional para controle de fatores de risco evitáveis.

7 DIREITOS E OBRIGAÇÕES DE SABER E DE DIZER NAS CONSULTAS DE ALTA: PERCURSO EMPÍRICO PARTE II

Não obstante a tarefa dos/as profissionais médicos/as, nos encontros que servem de dados a esta pesquisa, seja efetuar alta hospitalar, há momentos na interação em que eles/as selecionam tópicos pertinentes às medidas de autocuidado de saúde (e.g., dieta e atividades físicas) como forma de controle da doença. Nas vezes em que isso acontece, é recorrente os/as médicos/as produzirem seus turnos de fala em formato de entrega de informação de cuidados de saúde. Neste capítulo, propõe-se uma discussão mais aprofundada sobre o como se dão essas entregas de informações nas consultas de alta.

Para tanto, apresentam-se dois excertos nos quais os médicos Alberto e Caetano tornam cuidados de saúde relevantes.

7.1 Recursos Interacionais Mobilizados por Profissionais Médicos/as para Recomendar Autocuidados no Pós-Alta: a Listagem

O Excerto 18 exhibe a conversa entre o médico Alberto, o paciente José Mário e a acompanhante de José Carlos, sua esposa, aqui chamada de Leila. José Carlos é portador de SCA e, à época da coleta de dados, estava recuperando-se de uma cirurgia de revascularização do coração (angioplastia). Nos turnos anteriores aos mostrados no excerto, o médico procede à agenda da consulta de alta¹¹². Nesse interim, Alberto informa à José Mário que seu médico assistente deseja vê-lo dentro do prazo de uma semana a partir daquele dia para fins de acompanhamento do estado de saúde do paciente. Sobre tal aspecto, há um trecho da conversa, ainda anterior ao segmento apresentado, em que médico e paciente tratam do local onde o paciente deve marcar a consulta com o médico assistente, se no hospital ou na clínica onde o médico trabalha. Após o esclarecimento de que José Mário deve dirigir-se à clínica, Alberto seleciona o tópico “controle do estado de saúde de José Mário”.

Excerto 18 [HNS_Alberto_José Mário_06_08_13_o controle]

```

99  ALBERTO: >>e esse controle tem que ser feito assim ó<<
100          (0.4)((médico engole a saliva))
101          a gente tem que controlá os exames de sa:ngue, tem que
102          sabê se a glicose tá bem controla:da, se o colesterol
103          tá bem controla:do, se o senhor tá: fazendo uma dieta
104          compatível com alguém que tem realmente (0.3)um
105          diagnóstico desse proble::ma, se o senhor tá

```

¹¹² Veja-se Capítulo 4.

A construção de turnos em formato de lista potencialmente sugere que o/a falante atribui o mesmo grau de importância aos itens elencados. Essa maneira de falar também pode ser uma forma de mascarar certa medida de não neutralidade e/ou de assimetria deôntica nas relações sociais entre coparticipantes (LANDMARK; GULBRANDENSEN; SENNEVIG, 2015) – e.g., em situações em que os itens de uma lista são oferecidos como opções de escolha em determinado domínio. Nesse sentido, Toerien et al. (2013) afirmam que a própria ação de elencar os itens a serem escolhidos pelo/a coparticipante em formato de lista já contribui para a construção de relações assimétricas nas quais a parte que oferece as opções a serem escolhidas restringe a ação responsiva da parte que escolhe, além de impor-lhe a preferência pela escolha de um dos itens constantes na lista.

No caso específico da interação em foco, o fato de Alberto elaborar uma lista de atividades de controle de estado de saúde e expor parte dela como uma tarefa que deve ficar a cargo do paciente/interlocutor, indubitavelmente, concorre para a existência de uma assimetria de caráter deôntico na relação entre os coparticipantes. Todavia, não é essa questão que se quer destacar, no momento. Quer-se salientar sobre a lista que Alberto elabora o fato de que ela compete para minimizar o caráter de tratamento das medidas de autocuidados como parte integrante da recuperação de José Mário.

Nesse sentido, entende-se que abordar cada tópico separadamente tende a gerar consequências interacionais capazes de amparar pacientes no tocante à autogestão de cuidados de saúde. (WHO, 2003). Um exemplo disso é a maneira como o mesmo médico, Alberto, aborda o tópico referente à dieta de vegetais com folhas verde-escuras na conversa com a paciente Sueli e sua filha Gabriela (Excerto 9, Capítulo 5). Naquela interação, Alberto seleciona o tópico em separado das outras medidas de autocuidado e atribui à dieta *status* de tratamento. Em consequência disso, Gabriela, a acompanhante da paciente, indaga sobre quais vegetais e em quais quantidades Sueli deve ingerir o tipo de alimento recomendado. Isso mostra que ela consente à recomendação de Alberto e entende a ingestão dos alimentos recomendados como tratamento de saúde a ser seguido.

Em se tratando de dietas, atividades físicas e administração de medicamentos, o padrão de fala sobre autogestão de cuidados de saúde observado na conversa entre o médico Alberto, o paciente José Mário e sua acompanhante, Leila, mostra-se recorrente em consultas de alta hospitalar no contexto estudado. O Excerto 19, analisado adiante, apresenta outra conversa entre médico e paciente na qual aquele faz uma fala bastante parecida com a do médico Alberto, nesse sentido. O excerto traz um segmento da conversa entre o médico Caetano e o paciente Fausto, que está acompanhado de sua esposa, Elisa. À ocasião da coleta

de dados, Fausto estava internado por conta de um segundo evento cardiovascular, i.e., um infarto agudo do miocárdio (IAM). Após 13 dias de internação, Fausto estava em procedimento de alta hospitalar. Anterior ao trecho apresentado, o médico faz uma analogia entre a doença de Fausto (SCA) e um vulcão. Caetano usa a comparação para explicar a Fausto que ele pode sofrer novo infarto. No início do segmento destacado, no turno transcrito na linha 44, o médico refere-se ao coração de Fausto. Esse turno é o penúltimo da sequência em que o plano maior de ação (LEVINSON, 2013) é informar Fausto da possibilidade de novo episódio de IAM. A sequência encerra-se com o turno transcrito na linha 47. Após um recibo de reconhecimento por parte de Fausto, o médico instaura novo curso de ação por meio de uma pré-sequência que anuncia a informação da lista de medidas de autogestão de cuidados de saúde (l. 48-49).

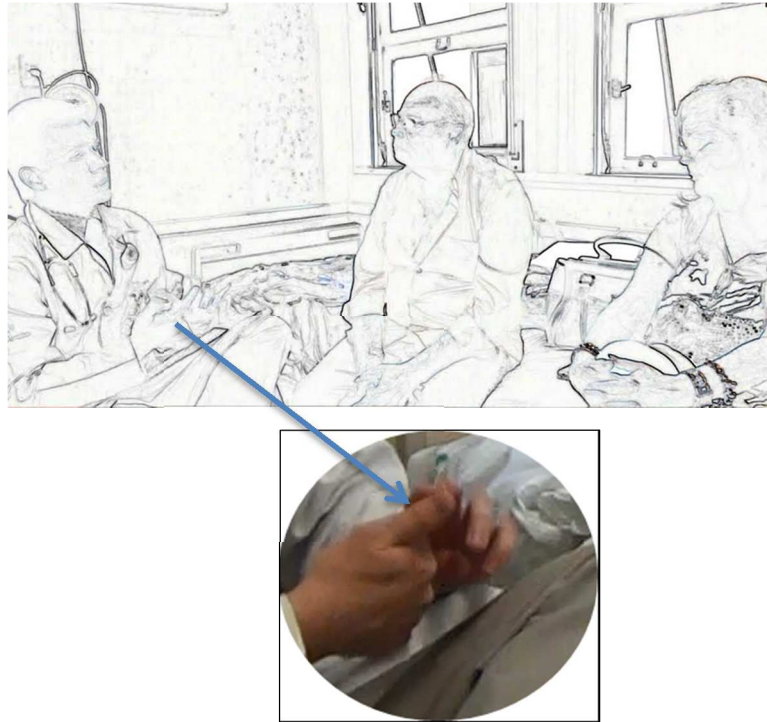
Excerto 19 [HNS_Caetano_Fausto_22_08_13_formas de mantê ele adormecido]

44 CAETANO: ele pode ficá muitos anos adormecido.
 45 (.)
 46 então a doença cardíaca ela é da mesma forma
 47 FAUSTO: °°mhm°°
 48 CAETANO: e a gente tem algumas formas: (.) de tentá mantê ele
 49 adormecido >por mais tempo<
 50 (.)
 51 FAUSTO: sim.
 52 (0.7)
 53 CAETANO: que é ((enumerando com os dedos)) usando as
 54 medicações, ã::: fazendo >alguma coisa de atividade
 55 física<, cuidando ã:: questões nutricionais também de
 56 dieta=
 57 FAUSTO: =sim
 58 CAETANO: isso aí foi orientado pela enfermeira <alguma coisa?>
 59 FAUSTO: não.
 60 (.)
 61 CAETANO: >chegaste a te dar o livrinho aquele?<
 62 (1.3)
 63 o livrinho não.
 64 (.)

Após um recibo de “vá em frente” (*go ahead*) (SCHEGLOFF, 2007) de Fausto, intercalado por uma micropausa e uma pausa, Caetano produz novo turno de fala (l. 53-56). Prefaciado por elementos sintáticos que ligam o anúncio da informação ao oferecimento da informação propriamente dita (“que é”), o turno de Caetano entrega as “formas de mantê ele adormecido”, i.e., sobre quais medidas de autocuidado devem ser adotadas para manter a doença cardíaca sob controle.

Assim como faz o médico Alberto, o médico Caetano também elabora o turno em formato de lista e produz com as mãos um gesto icônico de enumeração de itens, o que combina com a ação verbal que ele está realizando, como se vê na Figura 14:

Figura 14 – Gesto icônico de lista realizado por Caetano (à esquerda)



Fonte: Elaborada pela autora com base no Programa Photoscape.

Da mesma forma como discutido acerca da interação que envolve o médico Alberto, entende-se que a entrega de informação em formato de lista feita pelo médico Caetano não contribui para a valorização das medidas de autogestão enquanto parte do tratamento que auxiliará Fausto a controlar sua doença.

Além da repetição do padrão de entrega de informação, outro aspecto da fala de Caetano chama a atenção nesse segmento, a saber, o apagamento das figuras dos/as profissionais das áreas de fisioterapia e nutrição. Vê-se que, em sua tomada de turno, subsequente ao marcador de recebimento oferecido por Fausto (l. 58-59), o médico questiona o paciente sobre ter sido “orientado pela enfermeira” quanto ao tópico em pauta na conversa. Considerando que entre os itens da lista oferecida pelo médico constam dieta e atividade física, e que a equipe conta com profissionais desses campos do saber, crê-se, sob uma perspectiva macro, que tal apagamento, local e situadamente, trabalha a favor da criação ou perpetuação de uma cultura de desprestígio desses/as profissionais frente ao paciente

Fausto. Analisando a fala de Caetano, ainda sob uma perspectiva macro, pensa-se que ela evidencia certa medida de desvalorização dos/as profissionais não médicos dentro da própria equipe. Nesse sentido, talvez, uma maneira por meio da qual os/as médicos possam favorecer a criação de uma cultura de reconhecimento dos *status* epistêmico e deontológico dos/as profissionais não médicos é fazer o inverso e chamá-los/as a conversar com os/as pacientes quando o assunto couber às suas áreas de atuação.

Em síntese, pode-se dizer que o padrão de abordagem dos médicos Alberto e Caetano sobre as medidas de autocuidado de saúde não cooperam para maximizar o “amparo aos esforços dos/as doentes no tocante à autogestão” (WHO, 2003, p. 33, tradução nossa) ou, em outras palavras, para ajudar a promover a adesão dos/as pacientes às recomendações, especialmente no que se refere à dieta, à prática de exercícios físicos e à administração de medicamentos. Em termos de análise microinteracional, o fato de os/as médicos elaborarem o turno de uma formato de lista quando abordam esses tópicos gera consequências para as conversas, conforme discussão proposta na última subseção deste capítulo.

Nesse sentido, adianta-se que o tipo de abordagem dos/as profissionais da área médica segue em direção oposta ao tipo de conversa que os/as pacientes aparentam desejar ter em termos de medidas de autocuidados de saúde, como discutido anteriormente na Subseção 6.3.1 e como se torna evidente também nos encontros que eles/as têm com os/as próprios/as médicos, consoante discussão proposta a seguir.

7.2 Os/as Pacientes têm que Perguntar

Na Subseção 6.3.1, por meio de análise de dados, sustentou-se que os/as pacientes, em conversa com profissionais não médicos/as da equipe Maxcárdio, demonstram interesse em obter orientações de médicos/as acerca de como devem proceder quanto à dieta e ao regime de exercícios no pós-alta. Na subseção 7.1, proferiram-se evidências de que as falas dos/as médicos/as do programa tendem a tratar as práticas de autogerenciamento de cuidados de saúde como meras coadjuvantes no controle do quadro de saúde dos/as pacientes. Nesta subseção, os Excertos 20, 21, 22 e 23 visam a tornar notória a perseverança dos/as pacientes ou acompanhantes em obter informações mais específicas sobre o que consiste, e.g., fazer “alguma coisa de atividade física” ou “fazer uma dieta compatível com alguém que [passou por uma cirurgia de revascularização do coração]”. Ainda, na parte final da subseção, mostra-se um último excerto que tem a finalidade de amparar a discussão em torno de como os/as médicos/as respondem aos pedidos de orientação dos/as pacientes. Vejam-se os

excertos que mostram as ações dos/as pacientes em busca de informações sobre dieta e fisioterapia, antes de passar-se à parte final da discussão. Nos excertos a seguir, os médicos da equipe Maxcárdio são referidos pelos nomes Caetano e Frederico, o paciente e a paciente por Fausto e Lígia, respectivamente, e a acompanhante da paciente Sueli por Gabriela.

Excerto 20 [HNS_Caetano_Fausto_22_08_13_caminhadas]

240 CAETANO: o que que vocês têm de dúvidas aí
 241 (2.0)
 242 FAUSTO: ↑não o: (0.9) é u: (.) eu pretendo ca- fazê umas
 243 caminhada.
 244 CAETANO: tá
 245 (0.6)
 246 CAETANO: isso.
 247 FAUSTO: não sei se- se posso vivê normal assim de: de uma
 248 ho:ra que é (.) o normal né?
 249 (0.7)
 250 CAETANO: m[hm
 251 FAUSTO: [isso é o que acho que eu preciso né?

Excerto 21 [HNS_Frederico_Lìgia_13_08_13_caminhadas]

482 FREDERICO: alguma dúvida adicional ou não?
 483 LÍGIA: .hh não eu queria sabe. fazê caminhada pode?=
 484 FREDERICO: =fazê:
 485 caminhadas po::de
 486 (.)
 487 FREDERICO: se tivé algum cansa:ço >alguma outra coisa:<
 488 (.)
 489 [é bom não-]
 490 LÍGIA: [é normal]
 491 FREDERICO: é::>pode cansá um pouquinho< >>mas assim se<< for um
 492 cansaço mais do que: o normal .h procure é:: né::
 493 a doutora=
 494 LÍGIA: =ã:: sim sim sim
 495 FREDERICO: ou >procure uma emergê:ncia< (.)pra observá como é
 496 [que tá indo]
 497 LÍGIA: [ah não. sim.]

Excerto 22 [HNS_Alberto_Sueli_16_07_13_fisioterapia]

518 (.)
 519 GABRIELA: e fi- fisioterapia. ela fez umas- bastante tempo em
 520 casa.
 521 (.)
 522 GABRIELA: depois agora ela deu uma parada.
 523 (.)
 524 GABRIELA: deve volta então.
 525 (1.1)
 526 ALBERTO: ã: deve. °né?° >deve< é muito importante que ela se
 527 mantenha ativa, (0.8) porque quanto mais tempo ela
 528 ficá parada, (0.7) tá? mais o organismo se acostuma
 529 daquele jeito=
 530 GABRIELA: =tu escuta isso.

Excerto 23 [HNS_Caetano_Fausto_22_08_13_pão]

331 FAUSTO: por exemplo o o o pão:o,
 332 (0.9)
 333 FAUSTO: o pão (.) o pão (.) o pão:- o pão branco né. o: o cace-
 334 (.) o pão francês [(que né?)]
 335 CAETANO: [↑m↓hm]
 336 (0.6)
 337 FAUSTO: ou tem que passá pro pão centeio? [qual é?
 338 CAETANO: [nã:o. pode ser
 339 o pão fran- o pão francês.
 340 (.)

Em primeiro lugar, os trechos selecionados não deixam dúvidas quanto ao desejo dos/as pacientes de obter informações sobre como devem proceder quanto à dieta e à fisioterapia ou atividades físicas quando em conversas com os/as médicos/as. Em segundo lugar, pela numeração das linhas das transcrições dos Excertos 20 a 23, é possível perceber que esses tópicos voltam à pauta das conversas em momentos bem mais adiantados em relação aos momentos em que aparecem nas interações pela primeira vez. Em tal sentido, é comum que os/as pacientes os façam relevantes novamente na *hora da pergunta*. (PERÄKYLÄ, SILVERMAN, 1998). Independentemente disso, as duas observações em conjunto apontam para a existência de ineficiência interacional nos encontros entre médicos/as e pacientes quando o assunto é a recomendação por práticas de autocuidado, em dois sentidos. Primeiramente, a maneira como os/as médicos/as fazem as recomendações, i.e., em formato de lista, aparenta ineficácia interacional à proporção em que evidentemente frustra o desejo dos/as pacientes de tratar sobre os referidos assuntos com os/as médicos/as de forma mais expandida. Isso quer dizer que os/as doentes desejam informações mais detalhadas sobre cada um dos tópicos, ou sobre um tópico específico, separadamente, e não de maneira genérica, como acontece quando os tópicos são tratados em formato de lista. Em segundo lugar, o tipo de abordagem que os/as médicos utilizam é interacionalmente contraproducente, uma vez que a conversa, e em consequência o encontro, se alonga por conta de os/as pacientes terem que trazer os tópicos de volta à pauta a fim de obterem as informações que lhes interessam da maneira que lhes convém. (HERITAGE, ROBINSON, 2011).

O fato de os/as pacientes do contexto investigado resgatarem os tópicos em questão mais adiante na conversa converge para o que afirmam Koenig (2011) e Stivers (2005b), entre outros/as, sobre momentos interacionais nos quais há recomendações feitas que se tornam espaços abertos para negociação nos quais os/as pacientes dão-se o “direito

de escolher quando e como eles/elas endossam a recomendação”¹¹⁴. (KOENIG, 2011, p. 1106, tradução nossa). Essa constatação, enfim, soma-se a outras análises de dados naturalísticos em contextos de encontros entre médicos/as e pacientes (e.g., HERITAGE; ROBINSON, 2006a; 2006b; LANDMARK; GULBRANDENSEN; SENNEVIG, 2015; STIVERS, 2006), de modo a referendar a asserção de que a autoridade médica está longe de ser algo que trespassa toda a interação de maneira plenamente assimétrica. Parafraçando-se Koenig (2011), no contexto Maxcárdio, os/as pacientes, quando em conversas com médicos/as em consultas de alta hospitalar, criam ou aproveitam oportunidades para ativamente moldar a conversa de forma que as recomendações por medidas de autogestão em saúde emergem como aceitáveis. A moldagem da conversa dá-se por meio de solicitação de informação (e.g., Excerto 21, l. 483) ou de confirmação (e.g., Excerto 22, l. 524). Assim, os/as pacientes exercem o tipo de autoridade interacional deôntica intrínseca à ação de questionar, uma vez que, ao perguntar, o/a falante reivindica o direito de determinar a ação interacional futura do/a ouvinte. Em outras palavras, interacionalmente falando, por questões de organização de preferência (POMERANTZ; HERITAGE, 2013; POMERANTZ, 1984a), quem recebe a pergunta fica limitado/a a ter que prover uma resposta. É, portanto, para a maneira como os/as médicos/as do programa tendem a responder às perguntas dos/as pacientes no quesito em pauta que se olha, a partir do fragmento da conversa exibido no Excerto 24.

O Excerto 24 apresenta uma parte da conversa entre o médico Caetano e o paciente Fausto, os mesmos interlocutores que figuram no Excerto 19. A parte de interesse, nesse momento, inicia quando Fausto começa a resgatar os tópicos sobre autocuidados de saúde perguntando sobre como proceder quanto às atividades físicas, e onde se percebe que ele permanece em busca de informações sobre como agir quanto à dieta que deve adotar. O segmento inicia com Fausto fazendo uma solicitação de informação sobre o que ele pode ou não comer.

Excerto 24 [HNS_Caetano_Fausto_22_08_13_questão de comida]

295 FAUSTO: e assim. >por exemplo< questão d- de:: comida.
 296 o que que pode. [não pode]
 297 CAETANO: [é::](.) ã: >primeiro.< não
 298 exagerá no sal.
 299 FAUSTO: si:m
 300 CAETANO: tão tenta (.) como é que vai cuidá o sal? tira o
 301 saleiro da mesa,
 302 FAUSTO: sim.

¹¹⁴ “[...] rights to choose how and when they endorse the recommendation.”

303 CAETANO: usa o sal só do cozimento.
 304 (.) ((paciente assente levemente com a cabeça))
 305 CAETANO: tá?
 306 (.) ((paciente continua assentindo com a cabeça))
 307 CAETANO: como não é hipertenso não tem que ter uma
 308 restrição tão (.) rígida de sal.
 309 (.)

Em resposta à solicitação de informação de Fausto, Caetano prioriza o sal como alimento a ser controlado. Ele constrói o turno em formato diretivo realizado pela utilização do verbo *exagerar* em modo infinitivo. Diretivos produzidos dessa maneira podem imprimir maior ou menor força deôntica à fala, dependendo das circunstâncias interacionais em que aparecem. Como elucidam Couper-Kuhlen e Etelämäki (2014), com base em dados advindos do finlandês, em situações em que há mais de um/uma interlocutor/a a quem o diretivo possa ser endereçado, ele perde um pouco de força deôntica, já que a ação futura não é atribuída um/uma agente em particular. Assim, fica em aberto um espaço para os/as participantes negociarem a distribuição de direitos deônticos e responsabilidades agentivas (COUPER-KUHLEN, ETELÄMÄKI, 2014) em relação à ação a ser desempenhada no futuro. Contudo, ainda de acordo com as autoras, em conjunturas nas quais não há dúvidas a respeito de a quem a ação diretiva é endereçada, quando implementada com o verbo no infinitivo, a ação catapulta a reivindicação ao direito de colocar o/a interlocutor/a em posição de agente da ação descrita. A fala de Caetano encaixa-se na segunda opção descrita pelas autoras. Isso faz com que o controle de sal passe do *status* de recomendação ao de prescrição. A resposta de Fausto ao diretivo de Caetano (l. 299), portanto, representa um aceite à prescrição e, conseqüentemente, um consentimento à autoridade deôntica do médico.

Em seguida ao aceite de Fausto, Caetano toma o turno novamente (l. 300). No início desse turno, o médico projeta uma fala mitigada, haja vista sua seleção lexical, i.e., o verbo *tentar*, que *per se* carrega um sentido semântico-pragmático de dúvida quanto ao sucesso na realização da ação a ser executada, seja ela qual for. O médico, entretanto, abandona o curso de ação projetado e, após o lançamento de uma pergunta de resposta sabida), produz outros dois diretivos, esses elaborados em modo imperativo (“tira o saleiro da mesa” e “usa só o sal do cozimento”), os quais Fausto novamente recebe com aceitação, primeiro com uma resposta verbalizada (l. 302) e depois com um assente de cabeça (l. 304). Assim, Caetano prescreve não somente o controle de sal, mas também como agir de modo a controlar o consumo do alimento. O médico ainda solicita uma confirmação de aceite ao paciente (l. 305), ao que Fausto responde positivamente (l.

306). A sequência em discussão termina com o provimento de uma justificativa por parte do médico (l. 306-307), o que, em certa medida, contribui para atenuar o exercício de autoridade implementado por ele, pela própria natureza equilibrante de perturbações morais (GARFINKEL, 1967) na interação que a ação de prover justificativas possui.

O padrão interacional de prover justificativa pós-prescrição de alguma atividade primeiramente anunciada em formato de lista pode ser observado também na interação entre o médico Frederico e a acompanhante da paciente Sueli, Gabriela (Excerto 22), quando o médico explica o motivo da importância de a paciente retomar as sessões de fisioterapia. Esse padrão interacional, afinal, corrobora a asserção de que a negociação de distribuição de direitos deonticos dá-se muitas vezes de maneira discreta na interação. Nas consultas de alta investigadas, isso ocorre mesmo em situações em que a assimetria entre os/as participantes já está estabelecida pelo simples fato de o/a paciente ou acompanhante solicitar informação ou confirmação acerca de alguma atividade ao/à médico/a. A ação de solicitar informação ou confirmação, afinal, atribui ao/à profissional médico/a o direito de poder dizer o que e como o/a paciente deve agir no pós-alta.

De modo a encerrar a proposta de apresentar um percurso empírico do evento interacional no que toca à abordagem aos/às pacientes cardiopatas acerca das medidas de autocuidado de saúde preconizadas pelo programa educacional Maxcárdio, oferece-se uma figura representativa das ações dos/as participantes. O quadro pretende resumir as implicações interacionais em termos de distribuição e de negociação de exercícios de autoridades dentro de certos domínios epistêmicos e deonticos que envolvem cursos de ações implementados por recomendações ou prescrições realizadas por profissionais da equipe Maxcárdio. As abreviaturas PEM e PAC significam profissional da equipe Maxcárdio e paciente, respectivamente.

Quadro 10 – Percurso empírico das ações interacionais observadas no contexto Maxcárdio e suas implicações em relação às negociações em torno de domínios epistêmicos e deônticos

(continua)

Encontros entre profissionais não médicos/as e pacientes			
Interlocutor/a	Ação	Fala representativa da ação	Implicação interacional
PEM:	Recomenda ou propõe tratar sobre medidas de autocuidados de saúde condizentes com suas áreas de atuação profissional.	eu preciso sabê de ti ago::ra. (.) ã:: se tu tem alguma d ^u vida °do manual.° em relação à fisioterapia, .h em relação ao exercício	Afirma domínio epistêmico e requer domínio deôntico.
PAC:	Demonstra querer discutir com o/a profissional médico/a sobre questões de dieta e fisioterapia, mesmo em encontros com nutricionistas e fisioterapeutas.	.h é. isso aí é uma coisa que eu quero falá com o médico né.	Contesta o domínio epistêmico e resiste ao domínio deôntico, respectivamente afirmado e requerido pelo/a profissional não médico/a.
PEM:	Busca apoio na autoridade médica de modo a reverter a contestação ao domínio epistêmico afirmado e resistência ao domínio deôntico requerido.	assim ô até a a vamos conversá ainda com o médico aqui do hospital >>(°já que a) senhora tá internada<< a gente consegue conver[sá] com ele°.	Apresenta dificuldade de restaurar seus domínios epistêmico e deôntico.



(conclusão)

Encontros entre profissionais <i>médicos/as</i> e pacientes			
Interlocutor/a	Ação	Fala representativa da ação	Implicação interacional
PEM:	Apresenta as medidas de autocuidado em turnos em formatos de lista.	e a gente tem algumas formas: (.) de tentá mantê ele adormecido >por mais tempo< que é ((enumerando com os dedos)) usando as medicações, ã::: fazendo >alguma coisa de atividade física<, cuidando ã:: questões nutricionais também de dieta=	(a) não contribui para destacar medidas tais como dieta e exercícios como tratamentos adjuvante no controle das doenças crônicas; (b) frustra as expectativas dos/as pacientes de tratar sobre as medidas de maneiras mais específicas e (c) não coopera para a valorização dos/as profissionais não médicos/as com direitos e obrigações e recomendar.
PAC:	Persegue oportunidades de falar sobre dietas e exercícios de maneira mais específica, não generalizada.	e assim. >por exemplo< questão d- de:: comida. o que que pode. [não pode]	(a) tacitamente, negocia o aceite da recomendação em seus próprios termos; (b) retoma os tópicos e, portanto, os encontros tendem a se prolongar e (c) exerce autoridade deontica (interacional) ao colocar o/a médico em posição de ter que lidar com suas dúvidas em seus próprios termos.
PEM:	Prescreve o que o/a paciente deve fazer, quando indagado sobre medidas de autocuidado tais como dieta e exercícios físicos	ã: >primeiro.< não exagerá no sal. tão tenta (.) como é que vai cuidá o sal? tira o saleiro da mesa, usa o sal só do cozimento.	(a) exerce o direito de decidir as ações futuras dos/as pacientes; (b) coopera para a afirmação da cultura do “doutor/a sabe tudo” e (c) tem o domínio epistêmico aceito e o domínio deontico consentido.

As análises dos excertos apresentados neste capítulo, em conjunto com as análises propostas no capítulo anterior apontam para uma disparidade entre como os/as pacientes demonstram querer discutir medidas de controle de saúde e como os/as profissionais abordam esses tópicos com os/as enfermos. No último capítulo analítico que se propõe nesta tese, apresentam-se dois excertos com o intuito de se discutir como modos diferentes de falar podem contribuir ou, de outra maneira, desfavorecer a abordagem particularizada no sentido de prover assistência pertinente ao controle das doenças abarcadas pelos programas Maxcárdio com base nas necessidades individuais dos/as pacientes.

Embora tais diferenças possam ser observadas, de modo emblemático, a partir da análise comparada entre as duas interações selecionadas, faz-se a ressalva de que a discussão que será proposta a partir da análise não se circunscreve às interações escolhidas para proceder à comparação. De outra maneira, a discussão apresentada à luz da análise comparada das duas interações remonta a todas as interações que constituem o *corpus* da tese, e, por consequência, remete à efetivação do programa educativo Maxcárdio como um todo.

8 RETRATO DO PROGRAMA EDUCACIONAL MAXCÁRDIO À LUZ DE UMA ANÁLISE COMPARADA: DIFERENTES MODOS DE FALAR, DIFERENTES MODOS DE ASSISTIR AOS/ÀS PACIENTES

Conforme referido nos Capítulos 2 e 4, os objetivos da instituição pesquisada, ao introduzir os programas Maxcárdio SCA e ICC, eram: (a) prover aos/às pacientes informações específicas sobre as enfermidades que lhes acometem; (b) assegurar o comprometimento dos/as enfermos/as com a administração correta das medicações prescritas, bem como com as recomendações para o autocuidado (e.g., dieta, exercícios físicos, cessação do fumo); (c) avaliar a habilidade dos/as pacientes (e/ou familiares e/ou cuidadores) para a gerência de cuidados de saúde no pós-alta. Tendo os objetivos dos programas em mente, neste capítulo, propõe-se a análise de duas interações que possuem uma mesma interlocutora em comum, a saber, uma paciente portadora de SCA que é fumante. O propósito do capítulo é fazer a análise comparada das duas interações de modo a discutir como diferentes maneiras de abordar pacientes podem mostrar-se mais ou menos profícuas no sentido de alcançar o cumprimento do objetivo do programa, qual seja, assegurar o comprometimento de pacientes para com o autocuidado de saúde.

À época da coleta de dados, a referida paciente, aqui nomeada Sílvia, de 65 anos, revelou ser fumante desde os 15. Sua internação ocorreu por conta de uma dor no peito e ela estava se recuperando de um exame de cateterismo. Em seu prontuário, havia a informação de que Sílvia já havia sido submetida a três procedimentos de angioplastia a fim de desobstrução de artérias nos membros inferiores. Na manhã da alta de Sílvia, uma das enfermeiras do setor em que ela ficara hospitalizada dera início à abordagem sobre o programa Maxcárdio. Durante a conversa com a enfermeira, Sílvia comentara sobre o fato de ser fumante e de enfrentar dificuldades para abandonar a adição. A enfermeira, então, sugerira à Sílvia que ela conversasse com a psicóloga do programa para tentar buscar uma solução para se livrar do vício. Logo após a conversa com a psicóloga, Sílvia recebe a visita de Lauriano, médico cardiologista plantonista encarregado de lhe proceder à alta. As conversas são exibidas na ordem cronológica em que aconteceram. Assim, inicia-se pelo Excerto 25, que traz partes da conversa entre a psicóloga e a paciente.

Na parte anterior ao início do Excerto 25, a psicóloga Mariane pergunta à Sílvia como tem sido para ela “esses cinco dias de internação longe do cigarro”, ao que Sílvia responde descrevendo os dias como “de tortura” e afirma estar “louca” para receber alta a fim de poder

fumar. É em relação a essa fala de Sílvia que Mariane lhe pergunta sobre uma possível “avaliação com médico psiquiatra”.

Excerto 26 [HNS_Mariane_Sílvia_22_08_13_tudo todo dia é tudo igual]

23 MARIANE: .h a senhora já fez alguma avaliação com médico
 24 psiquiatra quanto a isso também? ou [nunca]=
 25 SÍLVIA: [NÃ::o]
 26 MARIANE: =fez?
 27 de repente ele pode lhe indicá uma medicação também
 28 pra baixá um pouco essa ansieda:de.h e tu conseguí
 29 também lidá com essa situaçã:o né? .h porque o que me
 30 parece é tu tá tão ansiosa que tu tem que fumá de
 31 no:vo né[::~?]
 32 SÍLVIA: [↓é:]
 33 MARIANE: a rotina do teu dia tá ã >totalmente interferindo<
 34 nisso
 35 (.)
 36 MARIANE: né? as coisas interferem por [causa do ciga:rrro.]
 37 SÍLVIA: [TUdo que eu fa:ço tem]
 38 O cigarro no meio=
 39 MARIANE: =mhm:::
 40 SÍLVIA: **tudo todo dia é tu:do igual.=**
 41 MARIANE: = e qual é a rotina do
 42 teu dia? o que que tu faz °duran[te o dia?°
 43 SÍLVIA: [>por exemplo< levanto.=
 44 MARIANE: =mhm:
 45 SÍLVIA: tomo meu remédio do- tem que se em jejum.=
 46 MARIANE: =mhm:
 47 SÍLVIA: faço meu cafezinho. (.) tomo lendo o jornal.=
 48 MARIANE: =mhm:
 49 SÍLVIA: acabô cafezinho,
 50 (.)
 51 MARIANE: [vou fumá.]
 52 SÍLVIA: [fumo um]cigarro.
 53 (.) ((Sílvia articula os lábios mas não emite som.))
 54 SÍLVIA: .hh vou- (.)termino de ler o jornal, tiro o jornal,
 55 fumo mais um cigarro.=
 56 MARIANE: =mhm
 57 SÍLVIA: sentada no sofá. ((Sílvia franze os lábios))
 58 (.)
 59 SÍLVIA: aí >termino o cigarro< aí eu vou (.) arrumá as
 60 ca:mas, fazê o meu serviço.=
 61 MARIANE: =serviço de ca:sa.
 62 SÍLVIA: aí. tipo assim. (.) ((franze a boca)) e agora? ah
 63 primeiro eu vou fumá um cigarro.=
 64 MARIANE: =mhm=
 65 SÍLVIA: =>>fumo mais
 66 um<< °assim eu faço.°[vou fazê tal coisa,]=
 67 MARIANE: [tu fuma mais de uma cart-]
 68 SÍLVIA: =não.
 69 primeiro eu vou fumá mais um.=
 70 MARIANE: =mhm
 71 (.)
 72 MARIANE: tu fuma mais de uma carteira de cigarro por di:a?=
 73 SÍLVIA: =não
 74 é uma carteira=
 75 MARIANE: =uma carteira. tá.

76 SÍLVIA: mas de manhã eu fumo muito.=
77 MARIANE: =mhm:[::]
78 SÍLVIA: [de] manhã.
79 (.)
80 SÍLVIA: ((pigarreia))>não sei porque<
81 ((conversam sobre a rotina e as angioplastias))
82 ((143 linhas omitidas))
83 MARIANE: tu consegue compreendê isso?
84 (0.8) ((Sílvia inclina a cabeça para a esquerda.))
85 MARIANE: que é um dos fatores de risco o fumo?
86 SÍLVIA: ↓si:::m=
87 MARIANE: =mhm=
88 SÍLVIA: =°o cig-° .h eu já fiz a artéria das
89 pernas três vezes= ((sinaliza com a mão))
90 MARIANE: =mhm::
91 (.)
92 SÍLVIA: mas sabe o que que eu acho que eu fazê.
93 (.)
94 SÍLVIA: eu vou voltá no meu médico assistente o doutor
95 ((nome do médico))=
96 MARIANE: =mhm
97 SÍLVIA: e vou pedir pra ele me encaminhá pra um psiquiatra=
98 MARIANE: = mhm

Em fala sobreposta à pergunta de Mariane, Sílvia nega ter procurado auxílio psiquiátrico para tratar de seu tabagismo anteriormente. Mariane, então, aventa a possibilidade (“de repente”) de ser profícua a consulta com médico psiquiatra no sentido de Sílvia obter ajuda (“ele pode lhe indicá uma medicação”, l. 27) para que ela consiga “lidá com essa situaçã:o né?”, que Mariane qualifica como de ansiedade (l. 28-29). Vê-se que esse “né” de Mariane, produzido após a palavra “situaçã:o”, não impõe à paciente uma concordância com a sugestão de procurar um psiquiatra. De outro modo, ele se apresenta como um elemento de coesão intraturno. (DREW, 2013). Desse modo, esse “né” liga o entendimento de Mariane de que talvez o médico psiquiatra pudesse auxiliar Sílvia no combate ao tabagismo, visto que, ao que parece, Mariane relaciona o fato de ela estar “louca pra recebê alta pra podê fumá” (trecho não exibido) com um possível sentimento de ansiedade. A fala em que Mariane faz a conexão entre o desejo de receber alta para poder fumar e o sentimento de ansiedade, sim, é elaborada com um “né” ao final do turno que demanda uma ação de concordância por parte de Sílvia, ao que ela procede (l. 32). Após o desenvolvimento do entendimento de Mariane, que traz a relação do cigarro com a rotina da paciente (l. 33-36), Sílvia provê uma asserção nesse sentido, “tudo todo dia é tu:do igual.=”, ao que Mariane, então, solicita elaboração por parte da paciente. A partir desse momento, Sílvia começa a relatar a sua rotina, que, como se pode perceber, envolve ficar em casa realizando atividades corriqueiras (acordar, fazer o desjejum, ler o jornal, arrumar a casa) intercaladas à ação de fumar. Vê-se também que, em resposta à pergunta de Mariane sobre a

quantidade de cigarros fumados por dia, Sílvia afirma fumar não mais de uma carteira, mas atribui ao turno da manhã seu maior problema com relação ao vício (l. 76). A paciente, contudo, afirma não saber identificar o motivo pelo qual fuma mais na parte da manhã (l. 80).

Após a linha 80, a conversa segue girando em torno da rotina de Sílvia e também sobre as oportunidades em que a paciente foi submetida à angioplastia para desobstrução das artérias de suas pernas (trecho não mostrado). Depois de conversarem sobre esses tópicos, Sílvia voluntaria sua decisão em agir em prol de busca por auxílio psiquiátrico. Chama-se a atenção para o caráter extraordinário da ação de voluntariar essa decisão por parte de Sílvia. Nesse aspecto, é interessante notar que Mariane não faz uma recomendação explícita para que Sílvia busque auxílio; ela apenas pergunta para a paciente sobre sua experiência nesse sentido. Ao voluntariar a decisão, Sílvia, ao fim e ao cabo, atribui à fala de Mariane (l. 27-29) o caráter de recomendação. Alega-se que é nesse sentido que as participantes coconstruem os termos assistenciais do encontro, o que, em última instância, concorre para a qualidade particularizada da conversa. Pondera-se que algo distinto acontece na interação entre a paciente e o médico, em comparação com o que se percebe na interação exibida no excerto recém analisado. A gravação em vídeo da conversa entre o médico e a paciente inicia com Lauriano anunciando a alta para Sílvia. Após o anúncio da alta, Sílvia traz à tona um contratempo que tivera naquela manhã, e médico e paciente conversam brevemente sobre o assunto. O Excerto 26 é mostrado a partir do ponto em que Lauriano anuncia a informação de que Sílvia sairá do hospital tomando medicações para auxiliar no controle do agravamento da doença.

Excerto 26- [HNS_Lauriano_Sílvia_22_08_13_abandoná o cigarro]

31 LAURIANO: >então assim< a senhora vai sair aqui do hospital,
 32 tomando as medicações, (0.8) pra tentá estabilizá o
 33 quadro.
 34 (1.5)
 35 LAURIANO: a senhora tem uma doença arterial coronariana.
 36 (1.4)
 37 LAURIANO: né?
 38 SÍLVIA: ((assente com a cabeça))
 39 LAURIANO: e essa doença arterial coronariana, vai merecê
 40 tratamento, (0.7) pro resto da vida.
 41 (1.6)
 42 LAURIANO: esse mesmo problema que a senhora tem, (.) a: pa: a
 43 nível de: >periferia,<
 44 LAURIANO: (1.0)
 45 de obstrução=
 46 SÍLVIA: =sim.=
 47 LAURIANO: =a nível de vasos, (.) da ↑periferia
 48 (0.8)
 49 LAURIANO: a senhora também tem no coração.

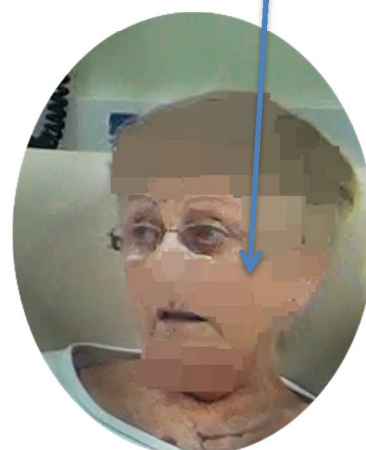
50 (2.5)
51 LAURIANO: é o mesmo processo:: fisiopatológico, é o mesmo
52 processo de doença,
53 (.)
54 SÍLVIA: sim. entendi.=
55 LAURIANO: =entendeu?=
56 SÍLVIA: =ãrrã.
57 (0.9)
58 LAURIANO: então a senhora tem que abandoná o cigarro.
59 ((respira fundo, expressa insatisfação/desconforto))
60 vamos começá pra:: (.) a partir daí
61 (0.7)
62 LAURIANO: tá:?
63 SÍLVIA: [°não é fácil.°]
64 [porque o cigarro]é um problema que:: atrapalha
65 bastante a questão dos vasos.
66 (1.8)
67 LAURIANO: tá:?
68 SÍLVIA: abandoná o ciga- na- é fácil dizê. abandona o
69 cigarro.=
70 LAURIANO: =pra mim é muito fácil.=
71 SÍLVIA: =[claro. o senhor não
72 fuma né?
73 ((48 linhas omitidas))
74 LAURIANO: existe todo u::m traba:lho,
75 (0.9)
76 LAURIANO: de preparação psicológica,
77 (0.7)
78 LAURIANO: pra se deixá de fumá, com antedecência,
79 ((6 linhas omitidas))
80 LAURIANO: vai se definir uma data pre↑ci:sa,
81 (0.9)
82 LAURIANO: né? a senhora vai avisá os seus amigos,
83 (1.8)
84 LAURIANO: né? da da da sua rodinha ali de (.) de convivência,
85 dos cafés, (.) ↑olha eu vou deixá de fumá em tal dia.
86 (.)
87 LAURIANO: >entendeu?<
88 (1.3)
89 LAURIANO: vai prepara::ndo as pessoas,
90 (0.9)

Após o anúncio, que sugere prescrição de medicamento “pra tentá estabilizá o quadro”, Lauriano nomeia a doença de Sílvia (l. 35) e lhe informa sobre o caráter crônico de sua patologia (l. 39-40). Subsequentemente, o médico informa a paciente de que a patologia que ela possui no coração equivale ao processo fisiopatológico que ela apresenta nas pernas (l. 42-52). Sílvia, tendo-se mantido em silêncio em vários lugares relevantes para tomar o turno (LRT), após uma micropausa, ocorrida depois do encerramento do informe de Lauriano (l. 53), provê um marcador de entendimento. Fechada essa sequência, Lauriano inicia um novo curso de ação, uma prescrição. A prescrição é produzida em formato diretivo em segunda pessoa (“então a senhora tem que abandoná o cigarro.”, l. 58), o que contribui para exacerbar sua força deôntica. (COUPER-KUHLEN, ETELÄMÄKI, 2014). Em

outras palavras, ao não modalizar sua fala, Lauriano coloca-se em posição de quem possui o direito de determinar a ação futura de Sílvia, nesse aspecto; não há espaço para a tomada de decisão conjunta, nem para a paciente dizer como se sente em relação ao tabagismo. As expressões faciais e gestuais de Sílvia evidenciam que a paciente passa de um estado de consternação para um estado de forte resistência à prescrição de Lauriano, conforme pode-se atestar por meio das Fotografias 4, 5 e 6, que mostram as reações responsivas de Sílvia ao turno de Lauriano em que ele prescreve o abandono do tabagismo. Retoma-se, nesse momento, a parte do Excerto 26 em que Lauriano seleciona o tópico supracitado:

58 LAURIANO: então a senhora tem que abandoná o cigarro.
59 ((respira fundo, expressa insatisfação/desconforto))
60 vamos começá pra:: (.) a partir daí
61 (0.7)
62 LAURIANO: tá:?

Fotografia 4 – Início do movimento corporal e expressão facial de Sílvia



Fonte: Registrada pela autora.

Fotografia 5 – Continuação do movimento corporal e expressão facial de Sílvia



Fonte: Registrada pela autora.

Fotografia 6 – Posicionamento corporal e expressão facial de Sílvia no momento em que inicia o tuno da linha 68



Fonte: Registrada pela autora.

Entende-se que é difícil descrever com precisão o estado emocional de uma pessoa, mas a expressão de Sílvia, registrada na Fotografia 4, sugere sentimento de abatimento e angústia frente à prescrição que ela ouve de Lauriano. Na Fotografia 5, vê-se claramente que Sílvia, na sequência, desvia o contato de olhar de Lauriano, o que parece indicar uma passagem de estado de angústia para um estado de contrariedade, indício que se torna mais evidente quando se examina a expressão facial que Sílvia assume logo em seguida, quando retoma o contato de olhar com Lauriano e prepara-se para produzir o turno em que reside a resposta verbalizada que ela produz na linha 68, conforme registrada na Fotografia 6. A sequência dos direcionamentos do contato de olhar de Sílvia manifesta, enfim, forte indício de resistência ao curso de ação proposto (KIDNELL, 2006) por Lauriano que, frente à prescrição, demanda preferencialmente (POMERANTZ; HERITAGE, 2013) um aceite. Outra pista de contextualização (COUPER-KUHLEN; SELTING, 1996; GUMPERZ, 1982) que trabalha em favor da interpretação de que abandonar o cigarro significa algo extremamente penoso para Sílvia pode ser observada pelo movimento que ela faz com a mão esquerda. Em conjunto com os movimentos do olhar, a paciente esfrega a mão esquerda no colo, o que pode ser interpretado como um gesto sugerindo sentimento de sufocamento.

Apesar da demonstração de Sílvia de que seu estado emocional encontra-se abalado frente à prescrição, em seu próximo turno, Lauriano não se orienta ou, ao menos, não faz relevante as pistas contextuais (COUPER-KUHLEN; SELTING, 1996; GUMPERZ, 1982) oferecidas por Sílvia. Em vez disso, ele produz um marcador discursivo de maneira um pouca alongada (“tá:?”), l. 62), o que reforça o caráter impositivo da prescrição. Mais uma vez, Sílvia não procede ao curso de ação feito relevante, dessa vez, pelo “tá:?” de Lauriano, que opera como solicitador de concordância. No lugar de concordar (em aceitar a prescrição), Sílvia prossegue exibindo resistência, nesse momento, verbalizando o quão difícil é para ela abandonar o cigarro (l. 63). Lauriano, no entanto, sobrepõe sua voz à de Sílvia, não lhe cedendo espaço para, quem sabe, elaborar seu pensamento, tanto assim que ela acaba cedendo o turno para o médico. Ao ganhar a disputa de turnos, o médico justifica por que Sílvia deve abandonar o hábito de fumar, i.e., “porque o cigarro é um problema que:: atrapalha bastante a questão dos vasos” (l. 64-65).

Estudos apontam que justificativas desse tipo são recorrentemente observadas em contextos de consultas de atendimento básico em momentos em que os/as médicos/as percebem os/as pacientes resistentes às suas prescrições. (KOENIG, 2011; STIVERS, 2005a, 2005b). Isso parece se repetir na sequência interacional em foco. Explicando melhor, mesmo que Lauriano não tenha ouvido a fala provida por Sílvia na linha 63, o que é bem improvável,

ele tem total acesso à linguagem corporal e à expressão facial da paciente que, em última instância, indexalizam a resistência desta. Sílvia desvia o olhar do médico a partir do momento em que ele profere a palavra “bastante”, e seu olhar segue desviante até o momento em que ela toma o turno novamente, na linha 68, conforme mostram as Fotografias 4, 5 e 6.

Prosseguindo na análise turno a turno da interação, quando toma o turno, na linha 66, Sílvia inicia um curso de ação que projeta uma asserção sobre o ato de abandonar o fumo, mas após uma tentativa de reinício, por meio de iniciação de reparo (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974; SACKS, 1992; SCHEGLOFF, 1987b; 1979b), ela acaba por desistir dessa ação em favor de um desenho de turno que incorpora seu interlocutor como a pessoa que diz que abandonar o cigarro é fácil (“abandoná o ciga- na- é fácil dizer a|bandona o cigarro.”, l. 68). Percebe-se que é justamente assim que Lauriano toma a fala de Sílvia, tanto que, em seu próximo turno, ele se coloca exatamente na posição aludida por Sílvia (pra mim é muito fácil – linha 67-68). Essa fala de Lauriano é significativa à medida que a tomada de posição dele fomenta o desalinhamento entre ele e a paciente, tanto que a resposta de Sílvia é categórica no sentido de marcar sua divergência em relação à posição de Lauriano (“claro. o senhor não fuma né?” – l. 71-72).

Apesar do evidente embate “entre pessoas humanas”¹¹⁵ que se estabelece entre Sílvia e Lauriano em torno de quem possui direitos e obrigações de saber (HERITAGE, 2012; 2013) o que significa ser fumante, vê-se que o médico empreende esforços na ação de prestar assistência à Sílvia no combate ao tabagismo. Interessante notar, contudo, que Lauriano não a questiona, em nenhum momento, sobre a razão de sua dificuldade para abandonar o fumo, nem mesmo se houve tentativa anterior de cessação do tabagismo. Lembrando que Sílvia está na terceira intervenção hospitalar por conta da doença, faz sentido pensar que ela deve ter sido alertada sobre os riscos do tabagismo em outras ocasiões. De outro modo, vê-se que a assistência do médico baseia-se no anúncio de informação sobre um método de “preparação psicológica” para abandono do cigarro que envolve “definir uma data precisa para parar de fumar e avisar os amigos da rodinha de convivência, dos cafés” (l. 76-85). Percebe-se, pela transcrição de dados, que Sílvia não produz fala durante o anúncio de Lauriano; ela não provê nem ao menos marcadores de recebimento das informações oferecidas.

Tendo-se a interação entre a psicóloga e a paciente à vista, vê-se que a construção de identidade que Lauriano faz de Sílvia em nada corresponde à sua realidade. O médico constrói a identidade da paciente com base na categoria de pertença (SACKS, 1992) de

¹¹⁵ Agradeço à professora Maria do Carmo Leite de Oliveira pela contribuição do termo à época do exame de qualificação para o desenvolvimento da tese.

peças fumantes. Dito de outro modo, é comum as pessoas categorizarem membros/as pertencentes a uma determinada coleção (e.g., fumantes) de acordo com as ações que, no entendimento de senso comum, se espera que os/as membros/as realizem (e.g., frequentar cafés em companhia de amigos/as). Assim, o tipo de assistência que Lauriano presta à Sílvia, dizendo-lhe como ela deve proceder para conseguir cessar o tabagismo, é totalmente dissonante de sua realidade enquanto fumante e, portanto, desajustada às suas necessidades. Desse modo, a fala de Lauriano, embora ajustada à sua interlocutora local no que tocam, por exemplo, escolhas lexicais (e.g., “a senhora”, “seus amigos”, l.82) e escolha de tópico (e.g., “deixar de fumar”, l. 85), de modo algum revela-se ajustada às particularidades de Sílvia. Nesse aspecto, não se nota esforço por parte do médico para *ouvir* a paciente na sequência exibida entre as linhas 74 e 90 e, menos ainda, na sequência anterior, mostrada às linhas 58-72, na qual Sílvia revela toda a adversidade que significa para ela cessar o tabagismo.

Ainda, algo que instiga à reflexão é o fato de Sílvia não contradizer Lauriano em relação à identidade que ele constrói para ela. Não se tem como saber o motivo de ela simplesmente condescender com a rotina proposta pelo médico, que se conhece ser tão diferente da sua realidade. O que se pode pensar é que, talvez, a vida que o médico imaginou para a paciente seja, sob o ponto de vista de Sílvia, mais interessante, ou mesmo mais glamorosa; desvelar a sua rotina para o médico, enfim, poderia significar uma quebra de face¹¹⁶ (GOFFMAN, 1955) para Sílvia. Dito de outra maneira, pode ser que, na visão de Sílvia, a imagem que Lauriano faz dela, como uma pessoa que frequenta cafés rodeada de amigos/as, corresponda a um “valor social positivo” (OSTERMANN, 2006, p. 18) que ela prefere manter em vez de declarar sua rotina e, assim, quem sabe, ter uma parcela desse valor social debitado de sua conta de *pessoa interessante*. Se essa interpretação não ultrapassa a barreira da especulação, o fato concreto a se destacar é que Sílvia nunca chega a mencionar a ideia de buscar auxílio psiquiátrico como possível solução para o seu tabagismo na interação com o médico, o que denuncia o abismo existente entre a agenda biomédica de Lauriano e o “mundo da vida” (MISHLER, 1984, p. 182) de Sílvia.

A comparação entre as abordagens feitas pela psicóloga Mariane e pelo médico Lauriano, no caso de Sílvia, remetem à discussão sobre modelos de funcionamento de serviços de assistência de cuidados de saúde. No que tocam às redes privadas de saúde, o funcionamento dos serviços, embora regidos pelos “princípios éticos e normas expedidas pelo

¹¹⁶ Conforme explica Ostermann (2006), a noção de face foi introduzida por Goffman (1955) e corresponde ao “valor social positivo” (p. 18) que os/as interlocutores desejam criar e/ou manter um(ns)/uma(s) em relação ao(s)/à(s) outro(s)/outra(s) no fluxo da interação corrente. Para maiores detalhes sobre trabalho de face (*facework*), recomenda-se a leitura do trabalho original de Goffman (1955).

órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS)” – Lei 8.080, Título III, Capítulo I, art. 22, de 19 de setembro de 1990 – por razões de tessitura, é, em certa proporção, incompatível com a atenção à saúde realizada sob as premissas de universalidade, equidade e integralidade. (BRASIL, 1990). Tais serviços não atendem à premissa da universalidade, uma vez que são restritos a pessoas possuidoras de recursos financeiros que as possibilita obter esse tipo de assistência privada. Por extensão, assim, também não atendem à premissa de equidade, considerando o termo referente ao acesso ao mesmo tipo de serviço de saúde de maneira indiscriminada.

O princípio de equidade, em contextos de assistência privada, contudo, pode ser discutido sob outra perspectiva. Sem entrar em maiores detalhes, algo que se pode relacionar a esse princípio na atenção à saúde oferecida por estabelecimentos privados condiz com as normas regidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000. (BRASIL, 2000). Nesse aspecto, a ANS prevê assistência igualitária para associados/as que adquirem a mesma categoria de determinado plano de saúde. Isso, na prática, significa que todos/as os/as associados/a que possuem o mesmo tipo de plano de saúde devem ter permissão para a realização do mesmo número de exames diagnósticos, bem como ter acesso aos tipos de serviço de acordo com a modalidade contratada – considerando-se as especificidades de cada caso – e aos mesmos prazos de carência para utilização dos serviços oferecidos. O caráter igualitário de assistência particular, nos termos da lei supracitada, no entanto, foge ao escopo da discussão que se pretende realizar referente às implicações sociais imanentes da efetivação do programa Maxcárdio.

O terceiro princípio, o da integralidade, ao contrário, pode ser discutido a partir das análises que focam nas conversas que constituem, na prática, a realização das ações que objetivam comprometer o/a paciente com a autogestão de cuidados de saúde no pós-alta, conforme preconizado pelo programa investigado. Desse modo, apesar de não previsto como diretriz para o provimento de atenção de caráter privado à saúde, pensa-se que refletir sobre o princípio da integralidade como forma de oferecer assistência pode auxiliar instituições privadas na tarefa de sensibilizar usuários/as para medidas de prevenção e controle de DCV e, por extensão, de outras DCNT. Primeiramente, importa saber que o conceito de integralidade vem sendo motivo recorrente de debate acadêmico. Parte desse debate deve-se, com efeito, à busca por definição do que compreende exercitar uma assistência integral à saúde. Mattos (2005a, p. 45), por exemplo, concebe integralidade como uma “imagem objeto” de natureza “polissêmica”. Para o autor, a assistência integral é uma “imagem objeto” à medida que corresponde a uma “bandeira de luta” com o “propósito principal de distinguir o que se

almeja construir, do que existe”. (MATTOS, 2005a, p. 45). Ainda segundo Mattos (2005a), o caráter polissêmico da assistência integral reside no fato de que promover a integralidade significa: (a) o exercício de uma boa medicina, (b) um modo de organizar as práticas [de assistência] e de (c) prover respostas a problemas específicos de saúde. Atendo-se ao modo de organizar as práticas, que constitui o *locus* de interesse para a discussão engendrada a partir das análises dos excertos exibidos neste capítulo, bem como nos capítulos anteriores, Mattos (2005a, p. 45) afirma que:

integralidade [é] uma marca de um modo de organizar o processo de trabalho [visto que] não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao (*sic*) qual atendem.

O modo integral de organizar o processo de trabalho possui ressonância com a política de *práxis* do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) do SUS voltada “tanto para o aumento da qualidade da assistência, quanto para uma nova ordem relacional pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo”. (DESLANDES, 2004, p. 8). Ayres (2004, p. 22), que justamente debate o princípio da integralidade interrelacionando-o ao conceito de humanização, defende que “humanizar, para além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas”. Com base nessas reflexões, pergunta-se: como se dão “as ações assistenciais propriamente ditas” no dia a dia dos hospitais ou outros estabelecimentos de atenção à saúde? Como se traduz “uma ordem relacional pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo?” Argumenta-se que parte das respostas para essas perguntas podem ser oferecidas por pesquisas *data driven* que investigam a interação social, uma vez que, como bem enunciam Goodwin e Heritage (1990, p. 283, tradução nossa),

[a] interação social é o principal meio através do qual os negócios da vida social são feitos, as identidades dos participantes são firmadas ou negadas e suas culturas são transmitidas, renovadas e modificadas. Através dos processos da interação social, os significados compartilhados, os entendimentos mútuos e a coordenação da conduta humana são realizados¹¹⁷.

¹¹⁷ “Social interaction is the primordial means through which the business of the social world is transacted, the identities of its participants are affirmed or denied, and its cultures are transmitted, renewed, and modified. Through processes of social interaction, shared meaning, mutual understanding, and the coordination of human conduct are achieved.”

A partir das análises das interações sociais entre profissionais de saúde e pacientes cardiopatas, no que refere às ações de assistência relativas ao programa educacional Maxcárdio, pode-se dizer que se percebe o modo de organização da *práxis* de orientar portadores/as de SCA e ICC como, na maior parte das vezes, não subordinado ao princípio de integralidade. Nesse caso, toma-se tal princípio como um conjunto articulado e contínuo de ações interacionais capaz de prover assistência pertinente ao controle de SCA ou ICC com base nas necessidades individuais dos/as pacientes¹¹⁸. A diferença entre fazer uma abordagem particularizada e, por conseguinte, integral e humanizada, nesses termos, está na maneira de interagir com o/a paciente por meio da fala e pode ser observada, de modo emblemático, a partir da análise comparada entre as interações dos Excertos 25 e 26, apresentados neste capítulo.

Em suma, o que a análise comparada dessas duas interações revela é que uma abordagem particularizada possui mais chances de gerar assistências ajustadas às necessidades dos/as pacientes, em comparação com abordagens que desprezam esses princípios. O mais importante é que essas interações revelam como se dão as ações assistenciais propriamente ditas no dia a dia e como se dão ordens relacionais pautadas (ou não) no reconhecimento da alteridade e no diálogo. Ao que condiz com o que está em discussão nesta tese, as implicações sociais das diferentes maneiras de abordar medidas de autocuidado com pacientes são da dimensão da eficiência do programa educacional Maxcárdio em alcançar os objetivos de evitar internações recidivas e, tanto quanto possível, incrementar a qualidade de vida dos/as doentes. Afinal, pacientes não comprometidos com a administração correta das medicações prescritas, bem como com as recomendações para o autogerenciamento de cuidados (e.g., dieta, exercícios físicos, cessação do fumo etc.), tendem a contribuir para a magnitude das taxas de morbimortalidade das DVC. (BRASIL, 2003; 2005).

¹¹⁸ Definição inspirada no texto da Lei 8.080, Cap. II, art. 7º, inciso II, no qual consta: “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese iniciou-se a partir da demanda da instituição pesquisada, um hospital da rede privada de saúde localizado na região sul do Brasil, por um trabalho de pesquisa que pudesse contribuir com respostas sobre como melhorar os índices de responsabilização de pacientes portadores/as de SCA e ICC com o controle de fatores de risco que incidem sobre o agravamento dessas cardiopatias. Assim, o foco analítico desta tese recaiu sobre os programas educacionais que a instituição solicitante da pesquisa realiza com portadores/as de SCA e ICC hospitalizados/as. Visto que a efetivação dos programas educacionais elaborados pela instituição, tratados na tese sob o codinome Maxcárdio, implica conversar com pacientes em encontros face a face, adotou-se o aporte teórico metodológico da Análise da Conversa (AC) de modo a se investigar as microações realizadas sequencialmente pelos/as interlocutores/as na e por meio da fala-em-interação. As análises focaram as ações de recomendar ou prescrever autocuidados de saúde implementadas pelos/as profissionais médicos/as e não médicos/as que integram a equipe multidisciplinar responsável pela abordagem aos/às pacientes e as ações responsivas dos/as enfermos/as face aos cursos de ação iniciados pelos/as profissionais.

Com base nos objetivos específicos que guiaram a análise de dados, descritos na Introdução da tese, neste capítulo, apresentam-se, de maneira resumida, os achados que resultaram desta pesquisa. A partir das análises e discussões propostas ao logo deste trabalho, discutem-se também: (a) a principal contribuição teórica e (b) as principais contribuições aplicadas da tese. Pretende-se, assim, alargar o arcabouço dos estudos de perspectiva interacional, além de oferecer respostas a questões de interesse para os atores e as atoras sociais que, de uma forma ou de outra, encontram-se imbricados/as no contexto de convivência com DCV, mais especificamente, SCA ou ICC (e.g., pacientes, familiares, cuidadores/as, profissionais de saúde e gestores/as em saúde, educadores/as etc.).

9.1 Ajuste da Fala Aposto: O Esforço de ir primeiro nos Encontros Maxcárdio

A análise indutiva dos dados investigados nesta tese apontou para a existência de um problema de natureza interacional nos encontros Maxcárdio que responde, em parte, ao porquê a instituição pesquisada percebe a efetivação de seus programas educacionais não alcançando o objetivo de promover o comprometimento de pacientes SCA e ICC com medidas de autocuidado de saúde. Esse problema interacional recai sobre a maneira como

os/as profissionais da equipe recomendam ou prescrevem práticas de saúde que devem ser adotadas por pacientes portadores dessas doenças no pós-alta. Nesse aspecto, verificou-se que as recomendações ou prescrições não são oferecidas de modo particularizado no sentido de atender às possíveis necessidades de orientação do/a paciente interlocutor/a local e circunstancial da interação.

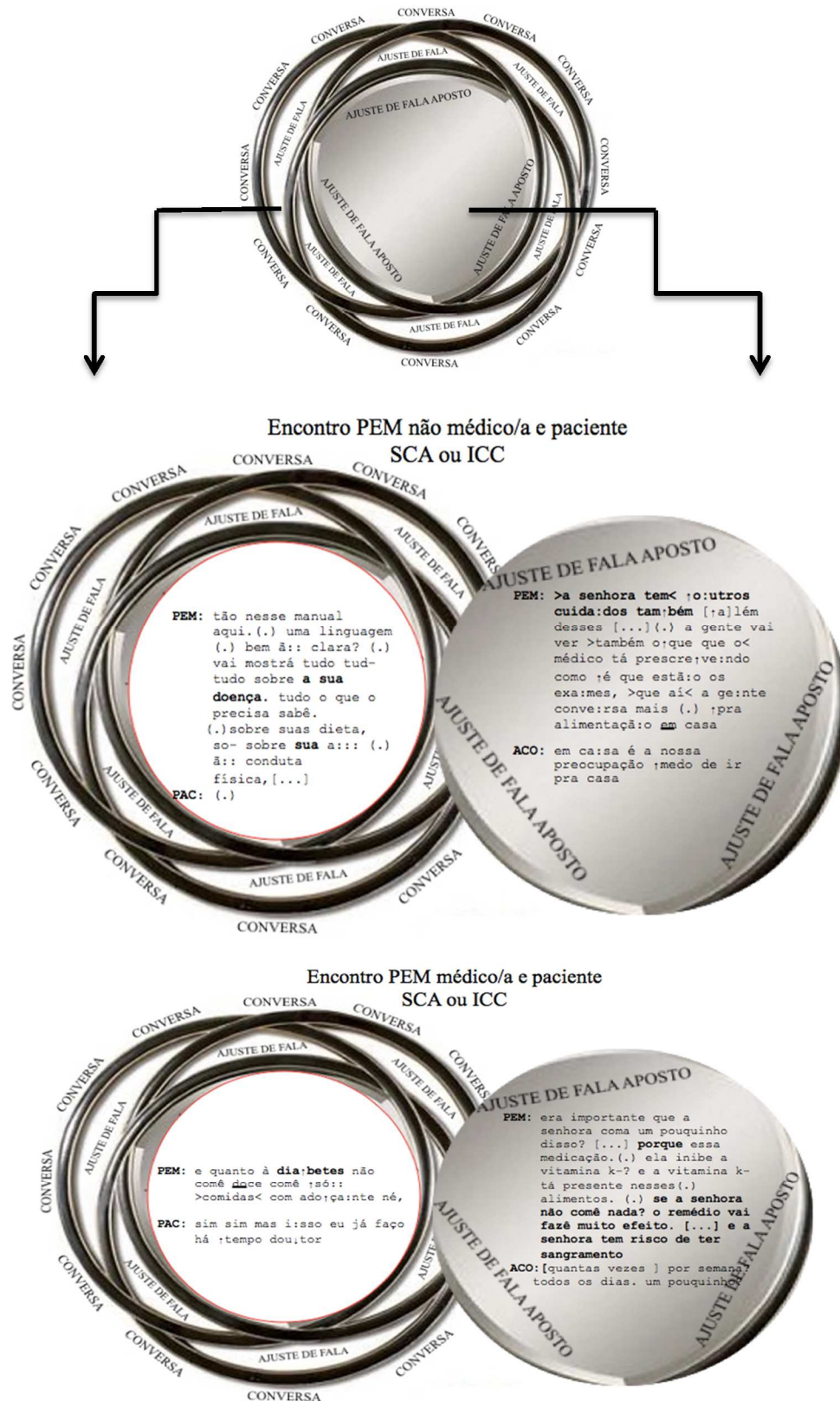
Conforme discutido ao longo da tese, alguns fatores cooperam para atravancar a oferta de recomendações ou prescrições particularizadas. Nos encontros que envolvem profissionais não médicos/as, primeiramente, verificou-se que não parte de pacientes a busca por informações/orientações sobre medidas de autocuidados de saúde no pós-alta. Desse modo, os/as profissionais abordam os/as pacientes sem saber quais medidas de controle os/as doentes estão adotando no momento, quais eles/ela nunca adotaram ou quais já adotaram, mas, por algum motivo, não perseguiram realizando. No lugar de solicitarem informações relativas às experiências dos/as pacientes quanto ao que sabem e/ou fazem para (tentar) conter o avanço de suas doenças, os/as profissionais não médicos/as priorizam a ação de anunciar informações sobre boas práticas de saúde. Defendeu-se que, assim, os/as profissionais não médicos/as entram em um *modo Maxcárdio de falar* em que se percebem as recomendações sendo abordadas a partir de informações generalizadas e de maneira *top-down* (PASSONE, 2013), i.e., *ao estilo eu vou te ensinar o que você deve fazer para cuidar da sua saúde no pós-alta*. Além disso, a ação feita condicionalmente relevante após um anúncio de informação é a de prover um marcador de recebimento da informação. Destarte, notou-se que, sob o ponto de vista interacional, os/as pacientes não ficam compelidos/as a aceitar ou recusar a recomendação ofertada, mas, sim, a prover marcadores de recebimento de informação. Com efeito, a ausência de ações interacionais capazes de restringir pacientes a aceitarem ou recusarem as recomendações obstaculiza a implementação de um *contrato de corresponsabilidade* entre os/as interlocutores/as.

Nos encontros que envolvem os/as profissionais médicos/as, o atravancamento à particularização dá-se pelo fato de os/as médicos/as prescreverem medidas de autocuidado levando em consideração apenas o quadro clínico do/a paciente ou, em outras palavras, orientados/as para a agenda biomédica do encontro (e.g. prescrição de dieta hipoglicídica a pacientes com diabetes). De modo semelhante ao que ocorre nos encontros com profissionais não médicos/as, nas consultas de alta, os/as profissionais médicos/as não levam em conta o que os/as pacientes já sabem e/ou fazem para controlar a cardiopatia e, assim, também prescrevem medidas de cuidado de maneira *top-down*. (PASSONE, 2013).

Não obstante aos modos de falar que entravam a particularização de recomendações e prescrições de medidas de autocuidado, observou-se que há situações em que os/as profissionais de saúde, tanto médicos/as, quanto não médicos/as, agem de maneira a produzir falas (potencialmente) particularizantes. Verificou-se que isso se dá em circunstâncias em que os/as profissionais infringem a norma do sistema de preferência interacional de *ir segundo*. (SACKS, 1992, v. 2, p. 345). Dito de outra forma, notou-se que há momentos em que os/as profissionais esforçam-se internacionalmente de modo a produzir falas particularizadas, sendo que o esforço interacional recai sobre a ação de *ir primeiro*, i.e., produzem falas que iniciam cursos de ação com capacidade de criar ambientes interacionais favoráveis (MAYNARD; SCHAEFFER; FREESE, 2011) para o fomento de comprometimento com autogestão de cuidados de saúde por parte dos/as pacientes.

O esforço que os/as profissionais integrantes da equipe Maxcárdio fazem ao *irem primeiro* e, assim, criarem ambientes interacionais favoráveis (MAYNARD; SCHAEFFER; FREESE, 2011) para o fomento de comprometimento com autogestão de cuidados de saúde por parte dos/as pacientes, revela-se um tipo de ajuste de fala que se justapõe ao ajuste onipresente e constituinte de qualquer conversa inteligível para os/as próprios/as os/as interlocutores. Na camada de ajuste de fala ubíquo à conversa figuram recursos linguísticos e interacionais que evidenciam orientação para interatividade com determinado/a interlocutor/a em particular (e.g., uso de nomes próprios, pronomes de tratamento, nomeação do tipo de cardiopatia que acomete o/a paciente etc.). Na camada em que se percebe a particularização acontecendo, observa-se a orientação e sensibilidade dos/as profissionais para algum aspecto *suis generis* ao/à paciente interlocutor/a. Como forma de representar como se dão os ajustes apostos que demonstram orientação e sensibilidade dos/as profissionais da equipe Maxcárdio para a particularização de recomendação ou prescrição, apresenta-se a figura 15, em que PEM significa profissional da equipe Maxcárdio, PAC atende por paciente e ACO por acompanhante.

Figura 15 – Representação gráfica da comparação entre ajuste de fala ubíquo à conversa e ajuste de fala (potencialmente) particularizante de partes de conversas em contexto de encontros Maxcárdio



Fonte: Elaborada pela autora.

Em síntese, no contexto investigado, a particularização da conversa fica relegada ao esforço interacional do/a profissional de contrariar a preferência normativa de *ir segundo* (SACKS, 1992) e, de modo diferente, i.e., voluntariamente, produzir falas instauradoras de cursos de ação capazes de impulsionar o comprometimento de pacientes com a recomendação ou com a prescrição ofertada. Nos encontros com profissionais não médicos/as, os cursos de ações que se mostraram capazes de alavancar o comprometimento de pacientes cardiopatas com a autogestão em saúde foram da ordem de: (a) (tentar) remover empecilhos ao aceite do/a paciente à recomendação de realizar sessões de reabilitação cardíaca supervisionada e (b) desviar da ação de prover informações contidas no manual e demonstrar conhecimento sobre aspectos peculiares ao estado de saúde do/a paciente. Nos encontros com profissionais médicos, justificar a indicação para a adoção de certa medida de cuidado de saúde (e.g., dieta de vegetais de folhas verde-escuras) mostrou-se uma ação (potencialmente) particularizante a interlocutores/as locais e circunstanciais.

Por fim, a tendência de maior comprometimento com as medidas de autocuidado recomendadas ou prescritas puderam ser verificadas por meio das ações realizadas pelos/as pacientes participantes do programa em respostas às falas que exibem os esforços dos/as profissionais em buscar a particularização nos encontros. Nesse aspecto, os/as pacientes (ou acompanhantes) mostraram-se alinhados e afiliados¹¹⁹ (STEENSIG; LARSEN, 2012) aos cursos de ação implementados nas ocasiões em que os/as profissionais *foram primeiro* e, desse modo, exibiram orientação e sensibilidade para algum aspecto *suis generis* ao/à enfermo/a ou acompanhante interlocutor/a local e circunstancial. No contexto dos encontros Maxcárdio, o esforço interacional de *ir primeiro* mostrou fazer a diferença entre assegurar o comprometimento dos/as doentes com o controle de fatores de risco que contribuem para agravar suas cardiopatias ou não.

9.2 Direitos e Obrigações de Saber e de Recomendar ou Prescrever Negociados nos Encontros Maxcárdio

Além do foco nas maneiras como os/as profissionais particularizam momentos das conversas, surgiu o interesse em investigar também *como* profissionais e pacientes negociam direitos e obrigações de saber e de dizer o que deve ser feito pelos/as pacientes no pós-alta nos encontros para a efetivação dos programas Maxcárdio. O interesse em analisar *como* domínios epistêmicos (HERITAGE; RAYMOND, 2005; HERITAGE, 2012, 2013) e

¹¹⁹ Veja-se Capítulo 5.

deônticos (STEVANOVIC, 2011; STEVANOVIC; PERÄKYLÄ, 2012) são negociados nos encontros surgiu a partir da observação de que os/as pacientes resistem às abordagens realizadas pelos profissionais não médicos/as com propósitos de orientação educacional sobre medidas de autocuidado no pós-alta. As ações de resistência puderam ser evidenciadas na medida em que os/as pacientes manifestam o desejo de discutir quais hábitos de controle devem ser adotados no pós-alta com os/as profissionais médicos/as, mesmo em circunstâncias em que os/as doentes estão conversando com profissionais especialistas nas áreas específicas dos cuidados recomendados (e.g., fisioterapeutas ou nutricionistas). Com base nas microações implementadas pelos/as interlocutores/as, verificou-se que: (a) os/as profissionais não médicos/as, ao abordarem os/as pacientes para falar sobre cuidados de saúde no pós alta, colocam-se em posição de alguém com direitos e obrigações de saber e de dizer como pacientes devem controlar suas cardiopatias e (b) os/as pacientes não ratificam os direitos e obrigações dos especialistas de saberem e poderem dizer-lhes como proceder no pós-alta para controlar suas cardiopatias, à medida que, em conversas com profissionais não médicos/as, os/as doentes expressam o desejo de discutir procedimentos de controle com profissionais médicos/as.

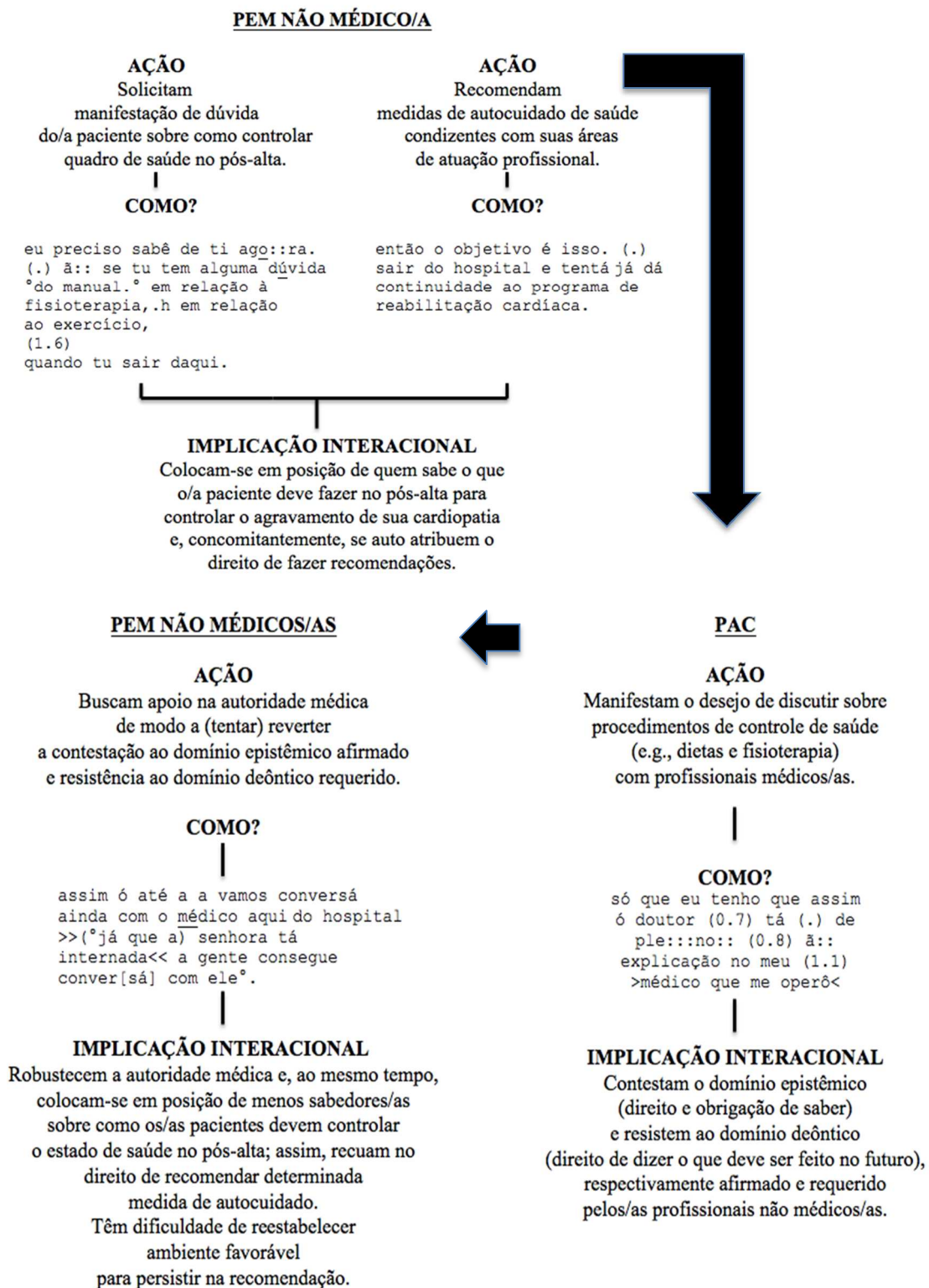
A partir da observação de que pacientes desejam discutir os procedimentos de controle de suas cardiopatias com os/as profissionais médicos/as, procurou-se verificar *como* as medidas de autocuidado são tratadas nas consultas de alta. Nesse aspecto, percebeu-se que a orientação que os/as profissionais médicos/as oferecem aos/as pacientes nessas consultas, atinentes ao que fazer para controlar a cardiopatia no cotidiano, tende a ser realizada por meio de turnos de fala produzidos em formato de lista. As análises feitas sobre os momentos em que as medidas de controle de saúde são feitas relevantes nas consultas de alta permitiram argumentar que o modo como os/as médicos/as abordam, por exemplo, dietas, exercícios físicos, administração de medicamentos etc. conflita com a expectativa dos/as pacientes de discutir tais tópicos de maneira pormenorizada. O conflito entre o modo como os/as pacientes esperam discutir sobre medidas de autocuidado a serem adotadas e o modo como os/as profissionais médicos/as abordam tais questões torna-se evidente à medida que os/as enfermos/as retomam esses tópicos ao longo da interação.

Visto que as questões que envolvem negociações de domínios epistêmicos e deônticos dão-se de maneiras distintas nos encontros anteriores às consultas de alta e nos encontros que justamente constituem essas consultas¹²⁰, procurou-se traçar um *percurso empírico* das

¹²⁰ Vejam-se detalhes sobre os modos de efetivação dos programas Maxcárdio ao longo da internação de pacientes no Capítulo 2.

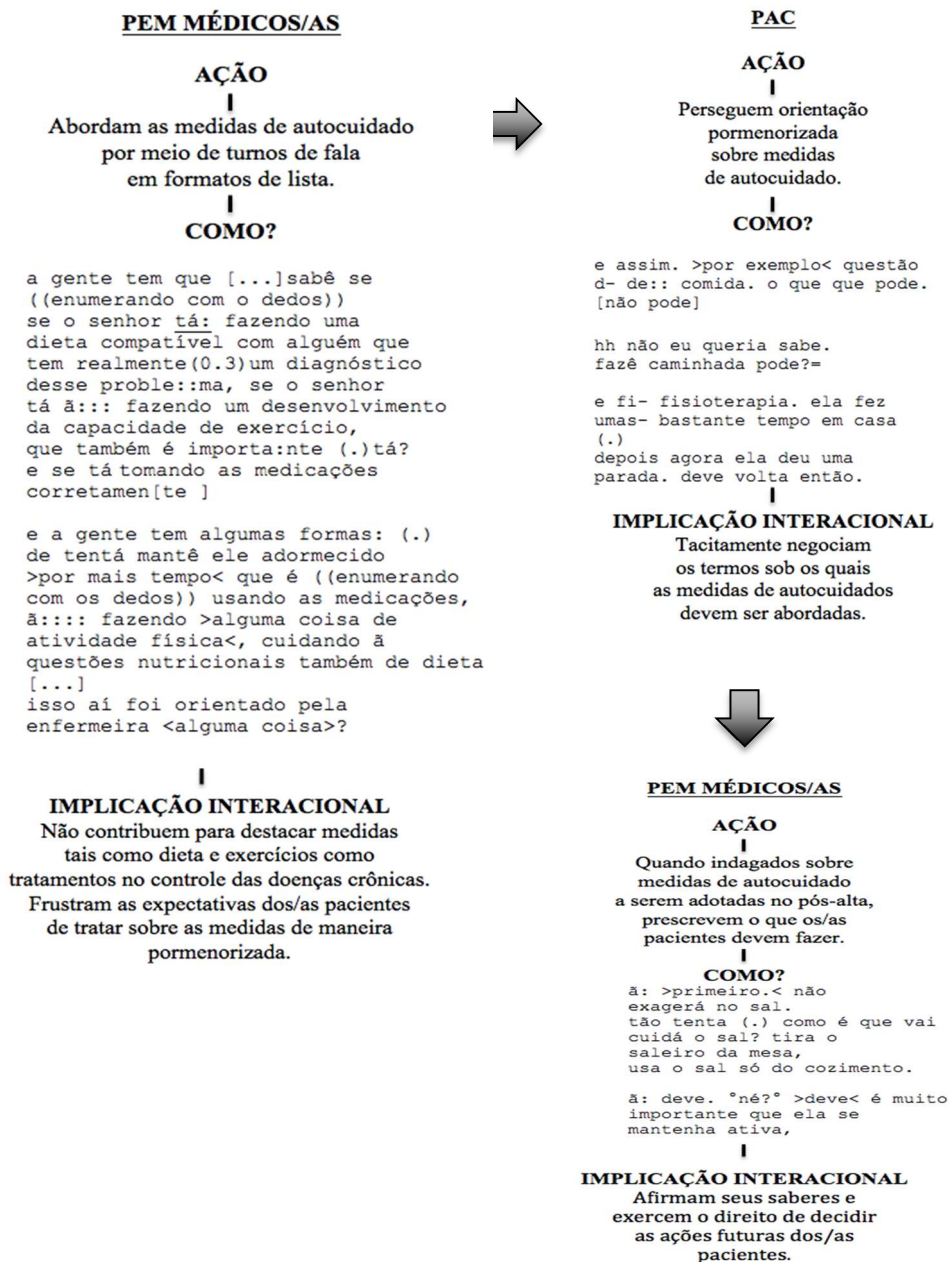
abordagens aos/às pacientes com vistas a mostrar como essas negociações acontecem dentro da sequência de eventos que constituem a efetivação dos programas Maxcárdio como um todo. Os esquemas oferecidos nas figuras 16 e 17 possuem o objetivo de representar como saberes sobre medidas de controle de cardiopatas, mais especificamente, SCA e ICC, e direitos de recomendá-las ou prescrevê-las são negociados nos encontros anteriores e, subsequentemente, constituintes das consultas de alta. Os esquemas também têm a pretensão de tornar visíveis os recursos interacionais mobilizados pelos/as interlocutores/as nas negociações que envolvem domínios epistêmicos e deônticos e as implicações das ações implementadas pelas partes no desenrolar das conversas.

Figura 16 – Esquema representativo da efetivação dos programas educativos Maxcárdio: encontros entre profissionais não médicos/as e pacientes cardiopatas



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 17 – Esquema representativo da efetivação dos programas educativos Maxcárdio: encontros entre profissionais médicos/as e pacientes cardiopatas



Fonte: Elaborada pela autora.

Em suma, a manifestação do desejo de conversar com profissionais médicos/as por parte dos/as pacientes acaba por funcionar como ação de resistência ao exercício dos/as profissionais não médicos/as de seus direitos e obrigações de saber e de recomendar medidas de autocontrole no pós-alta. Frente às ações de resistência implementadas por pacientes, é comum os/as profissionais não médicos/as recorrerem à autoridade médica como forma de responder à demanda dos/as enfermos/as por obter orientação em seus próprios termos. Dessa forma, os/as profissionais não médicos/as contribuem para o entendimento de que a

recomendação precisa mesmo, primeiramente, ser cancelada pelo/a médico/a. Enfim, a maneira como os/as profissionais lidam com as demandas dos/as pacientes também contribui para o esmorecimento de seus direitos e obrigações de saber e de poder recomendar autocuidados no pós-alta.

A despeito de os/as pacientes desejarem conversar sobre práticas de controle de saúde de maneira pormenorizada com médicos/as, esses/essas últimos/as referem-se às medidas de autocuidado em turnos de fala em formato de lista. As falas produzidas concorrem para diminuir a importância das práticas de boa saúde no bojo dos tratamentos para as cardiopatias dos/as pacientes. Além disso, em vista de ser corriqueiro pacientes perseguirem tais tópicos solicitando recomendações sobre o que (não) fazer no pós-alta, as interações tendem a se prolongar. Quando indagados/as sobre medidas de autocuidado, os/as médicos/as tendem a falar de modo a prescrevê-las no lugar de chamar o/a especialista da área atinente à medida em discussão para conversar com os/as pacientes. Essa forma de agir dos/as profissionais médicos/as, em uma perspectiva macro, acabam por deixar de referendar os/as profissionais não médicos/as da equipe Maxcárdio enquanto especialistas com domínios epistêmico e deôntico dignos de serem ratificados. De maneira diferente, os/as profissionais médicos/as da equipe Maxcárdio acabam por contribuir com o ciclo da *cultura do/a doutor/a sabe tudo*.

Tendo-se apresentado os achados da tese, passa-se a discutir suas contribuições teórica e aplicada.

9.3 De Volta ao Torno de Oleiro: Contribuição Teórica da Tese

Entende-se que a contribuição teórica desta tese recai sobre a ampliação do entendimento acerca do aparato interacional de ajuste de fala. Retomando-se o princípio de fala ajustada, conforme Sacks et al. (1974), as evidências que apontam para (partes de) conversas particularizadas conjugam uma “multiplicidade de aspectos [da fala que demonstram] orientação e sensibilidade à o/a outro/a que é o/a coparticipante”. (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974, p. 727). Dentre os aspectos que demonstram orientação e sensibilidade para o/a interlocutor/a local, os autores e autora elencam: (a) escolha lexical; (b) escolha do tópico; (c) ordem sequencial de turnos de fala e (c) direitos e obrigações para começar ou terminar a conversa, *entre outros*.

Não se questiona a descrição do princípio, nem a potencialidade de particularização que cada um dos aspectos elencados possui no sentido de permitir ao/à falante corrente demonstrar orientação e sensibilidade ao/à interlocutor/a. O que se pergunta é em que medida

a definição do princípio, qualificado por Solberg (2011, p. 386, tradução nossa) como “o princípio geral mais particularizante da interação conversacional”¹²¹, abarca até o ínfimo pormenor a particularização da conversa. Como as conversas analisadas nesta tese são de natureza institucional, começa-se a discutir a contribuição teórica da pesquisa a partir do que se descobriu a respeito de ajustamento de fala com potencial de culminar a particularização desse tipo de eventos de fala-em-interação para, então, fazer-se alusão à contribuição teórica em relação às conversas mundanas.

Sabendo-se que em contextos institucionais as falas dos/as participantes mostram-se restringidas “convencionalmente” (ARMINEN, 2005, p. 44), entender como tais restrições afetam os resultados interacionais locais das falas nesses contextos pode ajudar a aprofundar o entendimento sobre como as pessoas lidam com seus afazeres institucionais no cotidiano. No que concerne aos resultados dos ajustes de fala realizados no contexto dos encontros Maxcárdio, percebeu-se que a orientação dos/as profissionais da equipe para o cumprimento do mandato institucional de educar pacientes cardiopatas afeta o resultado potencialmente particularizante da recomendação ou prescrição. De modo mais esclarecedor, não são necessariamente as escolhas lexicais e de tópicos, a ordem sequencial de turnos de fala ou os direitos e obrigações para começar ou terminar a conversa que asseguram que a recomendação ou a prescrição seja ofertada da maneira *particularizada no seu mais ínfimo pormenor*, i.e., seja realizada atendendo ao princípio da integralidade, conforme a definição oferecida por Mattos (2005a).

Como demonstrado no Capítulo 5, selecionar um pronome de tratamento, topicalizar a cardiopatia ou procedimentos de controle de saúde apropriados à doença do/a paciente não são aspectos que fazem com que a recomendação ou a prescrição seja afinada às condições peculiares de necessidade dos/as interlocutores/as. Iniciar a conversa apresentando o programa Maxcárdio apropriado à cardiopatia do/a paciente ou produzir fala respeitando a ordem sequencial de tomadas de turno também não asseguram o atendimento às possíveis demandas de orientação por parte dos/as enfermos. Essas demandas podem ser de ordem prática (e.g., o/a paciente já realiza o controle recomendado e demonstra necessitar de outro tipo de orientação) ou emocional (e.g., medo de receber alta por não entender o seu real estado de saúde momentâneo).

Apesar dessa multiplicidade de aspetos demonstrar um certo tipo de orientação e sensibilidade para o/a interlocutor/a local, a particularização da conversa, no contexto dos

¹²¹ “[...] the most general principle particularizing interactional conversations [...]”

programas Maxcárdio, no que tocam recomendações ou prescrições afinadas com as demandas dos/as pacientes, mostrou-se ocorrendo a partir de um outro tipo de ajuste de fala, i.e., um tipo de *ajuste de fala aposto*. Tal ajuste ocorre a partir do esforço interacional do/a profissional em infringir a preferência normativa de *ir segundo* e, ao contrário, *ir primeiro* (SACKS, 1992), i.e., orientar-se para falar sobre questões que extrapolam o cumprimento do mandato institucional de modo protocolar. Ao agir assim, i.e., orientando-se para questões que fogem ao mandato institucional do programa, o/a profissional ajusta sua fala em uma camada interacional que se sobrepõe à camada de ajuste de fala ubíquo à qualquer interação minimamente inteligível aos/às interlocutores/as, a começar pela língua que se fala.

A questão central que se põe, então, remonta ao *como* pode ocorrer que certas questões venham à tona na interação e, assim, operem como fator supremo de particularização na conversa local e situada? Uma das maneiras de fazer relevantes questões que digam respeito à outra parte que é o/a interlocutor/a local é “desenhar [a] fala [...] com uma orientação para o que você sabe que [o/a outro/a] sabe [e, também, para o que você sabe que o/a outro/a sabe que você sabe]”¹²² (SACKS, 1992, p. 564) Conforme explica Sacks (1992), selecionar algum tópico feito relevante na última interação é um modo de desenhar a fala mostrando orientação para o que ambos/as sabem um/uma sobre o/a outro/a e sobre o que sabem em comum acerca de algum tópico de forma a que a atualização dos saberes em relação ao tópico feito relevante possa acontecer. A atualização dos saberes de cada parte acerca do tópico em pauta é importante para que os/as interlocutores/as não corram o risco de “contar ao/à recipiente o que ele/ela já sabe” (SACKS, 1992, p. xv). Contudo, em contexto de interações institucionais é comum não ter havido uma última conversa em que algum tópico específico tenha sido tratado, como é o caso das conversas que constituem os encontros Maxcárdio. Conforme mencionado anteriormente, os tópicos tratados nos encontros Maxcárdio apresentam-se como extraordinários, descolados dos tópicos feitos relevantes em outras instâncias de encontro entre os mesmos/as interlocutores/as que, no momento, estão coconstruindo o encontro *convencionalmente restrito* à execução do programa educacional em pauta. Nos casos das conversas em análise, o ajuste de fala capaz de particularizar a conversa no mais ínfimo pormenor, o *ajuste de fala aposto*, é alcançado não por meio de seleção de tópico, mas por meio do modo de *organização sequencial de tópicos*.

De maneira mais esclarecedora, há tópicos que acontecem de estar conectados via organização sequencial de turnos, i.e., por meio de pares adjacentes. Assim, por exemplo, o

¹²² O texto original encontra-se no Capítulo 5.

tópico feito relevante por meio de uma solicitação de informação é o mesmo tópico presente na provisão da informação solicitada. A conexão entre tópicos pode ocorrer também em função da organização macroestrutural da conversa. Exemplos de conversas em que a organização macroestrutural da conversa influencia a conexão entre tópicos são conversas em contexto de consultas de atendimento básico de saúde. Nessas consultas, é esperado que, por exemplo, o tópico *tratamento* esteja conectado ao tópico *diagnóstico da doença*. Com relação aos modos de organização sequencial de tópicos via sequência de turnos ou via organização macroestrutural da conversa, Sacks (1992, p. 561, tradução nossa) afirma que a ligação dos tópicos ocorre “serialmente na superfície”¹²³ da conversa. Contudo, como afirma o autor, os tópicos podem ser feitos relevantes por tipos de organização “acomodadas em camadas”¹²⁴ e que, portanto, “a superfície é espessa e não apenas serial”¹²⁵. (SACKS, 1992, p. 561, tradução nossa). A observação de Sacks de que os tipos de organização sequencial de tópicos podem se acomodar em camadas é importante porque combina com o argumento de que os resultados interacionais coconstruídos na conversa não estão restritos ao que transparece na superfície da fala, i.e., no agrupamento de elementos sintáticos, semânticos e prosódicos do turno. A ideia de que existem camadas de ações implementadas na e pela fala-em-interação vai ao encontro da proposta de existência de um tipo de ajuste de fala apostro, o que harmoniza com a metáfora do torno de oleiro, utilizada para descrever como se percebeu o modo de constituição das conversas dos encontros Maxcárdio.

Afora as conexões de tópicos que acontecem via organização sequencial de turnos e via organização macroestrutural da conversa, há um terceiro modo de conectar tópicos, qual seja, via organização sequencial de tópicos por meio de transposição em fases (*stepwise movement*). Conforme explica Sacks (1992, p. 300) organizar sequências de tópicos por meio de transposição em fases significa selecionar algum tópico e usá-lo no turno corrente de modo a conectar o que está sendo falado no momento com algo que já foi tratado anteriormente na conversa, mesmo que pareça não se tratar da mesma coisa. Ademais, algo relevante para o raciocínio que está a se desenvolver nesse momento remonta, ainda, à explicação de Sacks (1992) sobre o modo de organização sequencial capaz de conectar tópicos por meio de transposição em fases. Segundo Sacks (1992, p. 300, tradução nossa, ênfase adicionada), levar a cabo esse tipo último tipo de organização envolve “usar isso *primeiro*”¹²⁶, sendo que *isso* remete ao tópico selecionado capaz de construir uma ponte entre o que se está falando no

¹²³ “serially linked on the surface”

¹²⁴ “layered”

¹²⁵ “the surface is tick and not just serial”

¹²⁶ “use that first”

momento com algo que já foi tratado anteriormente na interação, mesmo que pareça não se tratar da mesma coisa.

Em especial, esse último modo de conectar tópicos em uma interação é de interesse para o argumento de que existem ações passíveis de serem implementadas via ajuste de fala apostro. O interesse na organização sequencial de tópicos dá-se porque, dentre as camadas interacionais em que tópicos podem ser conectados, a camada que se sobrepõe às outras, i.e., às que se encontram na superfície da fala, é aquela que carrega o tópico capaz de conectar o que é dito no turno corrente a algo previamente tratado na interação via transposição fraseada. Esse modo de conectar tópicos acontece na camada mais distante da superfície da fala por dois motivos. Primeiro porque os tópicos, apesar de conectados, encontram-se sequencialmente apartados um do outro, o que leva ao segundo motivo, qual seja, conectar tópicos via transposição em fases significa “fazer pulos [...] usando passos [interacionais]”¹²⁷ (SACKS, 1992, p. 300, tradução nossa) nem sempre explicitados na interação. Ao contrário do que ocorre quando o/a interlocutor/a utiliza expressões tais como *à propósito de tal* ou *falando em tal e tal*, entre outras, nem sempre a transposição em fases é realizada de maneira transparente ao/às participantes, mas de modo que “nada particularmente observável”¹²⁸ (SACKS, 1992, p. 301, tradução nossa) pareça ter acontecido na interação. Justamente por esse motivo Sacks afirma suspeitar de que “a diferença entre o que é tomado como uma boa conversa e o que é tomado como uma má conversa pode ser caracterizado dessa maneira”, i.e., com tópicos organizados por meio de transposição em fases.

Lembrando que os apontamentos de Sacks (1992) são feitos a partir de análises de conversas cotidianas ocorridas entre pessoas que se conhecem, observar os/as profissionais da equipe Maxcárdio organizando sequências de tópicos por meio de transposição em fases é ainda mais extraordinário. Quando o/a profissional *vai primeiro* e seleciona um tópico desviante das informações contidas no manual do programa adequado ao/à paciente (e.g., o aceite de convênio de saúde pela clínica de fisioterapia), o que ele/ela está fazendo é conectar o que está sendo dito no momento com algo que foi falado anteriormente na conversa (e.g., reabilitação cardíaca supervisionada). A conexão dá-se via transposição em fases à medida que há um *pulo* entre anunciar informações sobre medidas de autocontrole do manual e selecionar um tópico que diga respeito ao/à paciente interlocutor/a local e não ao programa (e.g., a possibilidade do/a paciente possuir convênio de saúde).

¹²⁷ “make jumps [...] using steps”

¹²⁸ “nothing particularly noticeable”

Se, nos termos de Sacks (1992), agir internacionalmente de modo a conectar sequências de tópicos via transposição em fases significa produzir uma boa conversa, nesta tese, com base nas conversas analisadas, argumenta-se que agir assim significa driblar as restrições convencionais (ARMINEN, 2005) impostas por um mandato institucional e demonstrar o nível máximo de orientação e sensibilidade possível para o/a coparticipante dentro das circunstâncias criadas pelo *modo Maxcárdio de falar*. Em outros termos, a ação que os/as profissionais estão fazendo quando organizam sequências de tópicos via transposição em fases pode ser descrita como (tentar) incrementar o nível de particularização da conversa, dadas circunstâncias interacionais em que se encontram. Dessa forma, o/a profissional demonstra estar imiscuído/a em conseguir o comprometimento do/a paciente com ações que o/a ajudem a controlar sua cardiopatia. É nesse aspecto que a metáfora do turno de oleiro, representada pela figura em que se vê a argila sendo moldada a quatro mãos, estampada na capa desta tese, alcança seu sentido pleno. Nesse aspecto, a referida figura representa a ponderação de Sacks (1992, p. 568, tradução nossa) de que, ao topicalizar algo na conversa que diga respeito à outra parte, o/a interlocutor/a está tornando o tópico em algo para ser experienciado *junto* e é dessa maneira que “a conversa opera da sua melhor forma”¹²⁹. Acredita-se que quando o/a interlocutor/a topicaliza algo que diz respeito à outra parte de modo que ambos/as possam experienciar esse algo juntos/as a conversa opera da sua melhor forma justamente porque o/a falante corrente está orientado/a e sensível para particularizar a fala no seu ínfimo pormenor.

Com bases nos argumentos apresentados até esse momento, a contribuição teórica desta tese, então, traduz-se na proposta de se incluir na descrição do princípio de fala ajustada (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974), além do aspecto *seleção de tópico*, o aspecto *modo de organização sequencial de tópico*. Pondera-se que o modo como sequências de tópicos são organizadas na interação mostra-se relevante para o grau de particularização que os/as interlocutores podem alcançar na conversa tanto institucional, quanto cotidiana. Argumenta-se, por último, que a descrição dos múltiplos aspectos particularizantes do princípio de ajuste de fala, conforme originalmente concebida, encontra-se aberta para o acréscimo de novos itens que possam aprimorá-la. O quesito *entre outros* que se encontra na descrição do princípio é evidência dessa abertura.

¹²⁹ “conversation works at its best.”

9.4 Contribuições Aplicadas da Tese

A essa altura, acredita-se estar posto que a tarefa de orientar pacientes portadores/as de SCA e ICC, no contexto dos programas educacionais Maxcárdio, organiza-se, majoritariamente, de modo a recomendar ou prescrever medidas de controle por meio anúncios de informações sobre como proceder no pós-alta, seja em relação à administração de medicamentos, seja em relação aos hábitos alimentares ou à adoção de exercícios. Conforme anteriormente discutido, momentos particularizados de conversa, nesse contexto, dependem de esforços interacionais dos/as profissionais em *dar a volta* na maneira como a organização sequencial dos encontros se estabelecem. Portanto, mostram-se extraordinários. Assim, pode-se dizer que a organização macroestrutural dos eventos Maxcárdio não contribui para o selamento de um *contrato de corresponsabilização* entre os/as participantes na medida em que anúncios de informação, sejam realizados por turnos de formato de lista, ou em outros formatos, não fazem relevante as ações de aceitar ou recusar as recomendações, mas, sim, a ação de prover marcadores de recebimento do informe. Em outras palavras, o par adjacente recomendação/prescrição–aceite/recusa, propriamente dito, não chega a se constituir nessas interações.

Entende-se que recomendar ou prescrever sem levar em conta as contingências que se impõem para a adesão¹³⁰ do/a paciente ao tratamento ou terapia pode significar conformidade com ações de orientação/educação protocolares pouco eficientes em termos de efeitos práticos. Recomendações ou prescrições desajustadas às necessidades dos/as pacientes tendem a gerar resistências e, por conseguinte, alongamento do tempo da consulta.

Visto que fornecer recomendações ou prescrições ajustadas às necessidades dos/as pacientes interlocutores/as locais é praticamente impossível quando não se sabe *se* e *como* os/as doentes controlam seus estados de saúde, a sugestão é que se parta da ação de solicitar informações acerca das experiências de sucesso e de fracasso e das dificuldades que os/as pacientes encontram para cuidar da saúde. A adoção de uma *sequência de demonstração de necessidade de orientação* que parta da ação de solicitar ao/à paciente *se* e *como* ele/ela realiza determinada prática de controle pode fazer com que o/a profissional consiga atuar sob possíveis necessidades de mudanças de hábitos e comportamentos cruciais para a contenção do agravamento da doença. A análise comparada entre as interações que a paciente Miriam teve com o médico e a psicóloga do programa (Excertos 25 e 26), analisadas no Capítulo 8,

¹³⁰ Veja-se a esse respeito os cinco fatores que funcionam como pontos de intervenção correlacionados capazes de gerar impacto na saúde de pessoas com doenças crônicas, segundo a WHO (2003), no Capítulo 6.

provê fortes evidências de que a *simples* ação de solicitar informações sobre a perspectiva do/a doente pode ajudar a “criar uma mudança na perspectiva provedora [de cuidados de saúde] que apoie intervenções moldadas às necessidades individuais dos/as pacientes e os/as ensine estratégias para lidar com essas necessidades”. (WHO, 2003, p. 34, tradução nossa).

A prática de solicitar informações tem sido estudada sob a perspectiva interacional em variados contextos institucionais. (e.g., ATKINSON; DREW, 1979; DEPPERMAN; SPRANZ-FOGASY, 2011; HERITAGE; ATKINSON, 1984; HERITAGE; RAYMOND, 2005; SHAW; POTTER; HEPBURN, 2015; SIDNELL, 2010 c, entre outros/as). Dentre a literatura que trata da referida prática consultada ao longo do desenvolvimento desta tese, a discussão proposta por Butler et al. (2010), com base em conversas ocorridas em contexto de ligações telefônicas feitas para um serviço de aconselhamento a crianças e adolescentes vítimas de abuso em funcionamento na Austrália, harmoniza com o argumento de que fazer recomendações ou prescrição com base nas experiências dos/as pacientes pode auxiliar no incremento da tendência de aceite por parte dos/as doentes. Segundo Butler et al. (2010, p. 23, tradução nossa):

Perguntas minimizam o prescritivismo do curso de ação implementado, uma vez que a relevância ou a adequação dessa ação torna-se contingente à resposta que o/a cliente dá à pergunta. Embora cursos de ação propostos possam ser relevantes e apropriados às circunstâncias do/a cliente, a verdadeira relevância e adequação da ação é contingente aos entendimentos dos/as clientes sobre suas próprias capacidades e situação.¹³¹

Perguntar ao/à paciente se ele/ela faz o tipo de controle que se intenciona propor ou se ele/ela acredita que vale o esforço de adotar determinada prática de saúde e se ele/ela tem meios de colocar em prática o que está sendo recomendado ou prescrito pode ser uma maneira eficaz de chamá-lo/a a comprometer-se com os hábitos de saúde preconizados pelos programas Maxcárdio de uma maneira verdadeiramente particularizada. Dessa forma, o/as profissionais da equipe passam a ter a possibilidade de organizar seus processos de trabalho atendendo ao princípio da integralidade (MATTOS, 2005a) e, assim, prestar uma assistência ainda mais humanizada.

¹³¹ The interrogatives minimize the prescriptiveness of the embodied course of action, in that the relevance or appropriateness of this action is contingent upon the client’s response to the question. While the proposed courses of action are possibly relevant and appropriate to the client’s circumstances, the actual relevance and appropriateness of the action is contingent on the client’s understandings of their own capacities and situation.

REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, G. Videotapes: entering the field with a camera. **Qualitative Sociology**, v. 8, n. 4, p. 325-344, 1985.
- ALMEIDA, A. N. **A construção de masculinidades na fala-em-interação em cenários escolares**. 2009. 298 f. Tese. (Doutorado em Linguística Aplicada) – Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2009.
- ANDRADE, D. N. P. **O uso de referentes pessoal e de lugar e o uso de formulações em interrogatories na corte**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Letras/Inglês) – Curso de Letras, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), 2010.
- ANDRADE, J. et al., Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, n. 3, p. 203-211, 2013.
- ARMINEN, I. **Institutional interaction: studies of talk at work**. Burlington: Ashgate, 2005. 268 p.
- ATKINSON, J. M.; DREW, P. **Order in the court: the organization of verbal interaction in judicial settings**. London: Macmillan, 1979. 284p.
- AUSTIN, J. L. **How to do things with words**. Massachusetts: Harvard University Press, 1975. 168p.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Sociedade e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BALTAR, P. Política econômica, emprego e política de emprego. **Estudos Avançados**, v. 28, n. 81, p. 95-114, 2014.
- BASSAN, F.; BASSAN, R. Abordagem da síndrome coronariana aguda. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, v. 15, n. 7, 2006. Disponível em: <<http://sociedades.cardiol.br/sbc-revista/2006/07/Artigos03.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2014.
- BASSI, A.; GÖRSKI, E. M. A multifuncionalidade do item “capaz” na fala gaúcha: uma abordagem baseada no uso. **Alfa**, v. 58, n. 3, p. 593-622, 2014.
- BEACH, W.A. Transitional regularities for casual ‘okay’ usage. **Journal of Pragmatics**, v. 19, p. 325-352.
- BERGMANN, J. R. Introduction: Morality in Discourse. **Research on Language and Social Interaction**, v. 31, p. 279-294, 1998.
- BORDIEU, P. **Language and symbolic power**. Cambridge: Polity Press, 1991. 302p.

BRASIL, C. K. O. I. et al. Prevenção cardiovascular abrangente em pacientes com doença arterial coronária: implementação das diretrizes na prática clínica. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 28, n. 2, 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 set. 2015.

BRASIL. **Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em: 20 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro – situação e desafios atuais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **A saúde no Brasil**: estatísticas essenciais 1990 – 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série G. Estatística e Informação para Saúde, n. 22). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatisticas_992000.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/outubro/21/metas-plano-dcnt-20-09.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

BROWN, R.; LEVINSON, S. **Politeness**: some universals in language usage. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

BUTLER, C. et al. Advice-implicative interrogatives: building client-centered support in a childrens helpline. **Social Psychology Quarterly**, v. 73, n. 3, p. 265-287, 2010.

BYBEE, J. **Language, usage and cognition**. Cambridge: Cambridge University Press, 2010. 252 p.

BYRNE, P. S.; LONG, B. E. **Doctors talking to patients**: a study of the verbal behaviors of doctors in the consultation. Exeter: Royal College of General Practitioners, 1976. 195p.

CHAN, D. S.; CHAU, J. P.; CHANG, A. N. Acute coronary syndrome: cardiac rehabilitation programs and quality of life. **Journal of Advanced Nursing**, v. 49, n. 6, p. 591-599, 2005.

CLARK, A. et al. Meta-analysis: secondary prevention programs for patient with coronary artery disease. **Annals of Internal Medicine**, v. 143, n. 9, p. 659- 672, 2005.

CLAYMAN, S.; HERITAGE, J. Benefactors and beneficiaries:benefactive status an stance in the management of offers and requests. In: DREW, P.; COUPER-KULHEN, E. (Ed.). **Requests in social interaction**. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 2014.

CORONA, M. Fala-em-interação cotidiana e fala-em-interação institucional: uma análise de audiências criminais. In: LODER, L. L.; JUNG, N. M. **Análises de fala-em-interação institucional**: a perspectiva da análise da conversa etnometodológica. Campinas: Mercado de Letras, 2009.

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

COUPER-KUHLEN, E. A sequential approach to affect: the case of 'disappointment.' In: HAAKANA, M.; LAAKSO, M.; LINDSTRÖM, J. (Ed.). **Talk in interaction :comparative dimensions** . SKS Finnish Literature Society, 2009. p. 94-123.

COUPER-KUHLEN, E.; SELTING, M. (Ed.). **Prosody in conversation**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. 471 p.

COUPER-KUHLEN, E.; SELTING, M. Towards an interactional perspective. In: COUPER-KUHLEN, E.; SELTING, M. (Ed.). **Prosody in conversation**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 11-55.

COUPER-KULHEN, E.; ETELÄMÄKI, M. On division of labor in request and offer environments. In: DREW, P.; COUPER-KULHEN, E. (Ed.). **Requesting in social interaction**. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 2014. p. 115-144.

DEPPERMAN, A.; SPRANZ-FOGASY, T. Doctors' questions as display of understanding. **Communication in Medicine**, v. 8, n. 2, p. 111-122, 2011.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, jan. 2004.

DREW, P. Turn design. In: In: SIDNELL, J.; STIVERS, T. **The handbook of conversation analysis**. Boston: Wiley-Blackwell, 2013. p. 131-149.

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

DUSSELDORP, E. et al. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. **Health Psychology**, v. 18, n. 5, p. 506-519, 1999.

ESTADOS UNIDOS DA AMERICA. American Heart Association. **Acute coronary syndrome**. 2001. Disponível em:
<http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/AboutHeartAttacks/Acute-Coronary-Syndrome_UCM_428752_Article.jsp>. Acesso em: 30 ago. 2013.

- FRANKENBERG, R. 'Your time or mine': an anthropological view of the tragic temporal contradictions of biomedical practice. **International Journal of Health Services**, v. 18, n. 1, p. 11-34, 1988.
- FOX, B. A. et al. Conversation analysis and linguistics. In: SIDNELL, J.; STIVERS, T. (Ed.). **The handbook of conversation analysis**. Boston: Wiley-Blackwell, 2013. p. 726- 740.
- GARCEZ, P. A perspectiva da análise da conversa etnometodológica sobre o uso da linguagem em interação social. In: LODER, L.; JUNG, N. (Ed.) **Fala-em-interação Social: introdução à análise da conversa etnometodológica**. Campinas: Mercado de Letras, 2009. 167p.
- GARDNER, R. When listeners talk: response tokens and listener stance. Amsterdam: John Benjamins Company, 1997. 289p.
- GARFINKEL, H. **Studies in Ethnomethodology**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1967. 191p.
- GARFINKEL, H.; SACKS, H. On formal structures of practical actions. In: MCKINNEY, J. C.; TIRYAKIAN, E. A. (Ed.). **Theoretical Sociology**. New York: Appleton- Century- Crofts, 1970. 538p.
- GILL, T. M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **The Journal of the American Medical Association**, v. 278, n. 8, p. 619-626, 1994.
- GIVÓN, T. **Context as other minds: the pragmatics of sociality, cognition and communication**. Amsterdam: John Benjamins Company, 2005. 283p.
- GOFFMAN, E. On facework: an analysis of ritual elements in social interaction. **Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes**, v. 18, p. 213-231, 1955.
- GOFFMAN, E. **Interaction ritual: essays in face to face behavior**. New York: Doubleday, 1967, 271p.
- GOFFMAN, E. **Frame analysis: an essay on the organization of experience**. New York: Harper and Row, 1974, 586p.
- GOFFMAN, E. Footing. **Semiotica**, v. 25, p. 1-29, 1979.
- GOFFMAN, E. **Forms of talk**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1981b.
- GOODWIN, C. Action and embodiment within situated human interaction. **Journal of Pragmatics**, v. 32, n. 10, p. 1489-1522, 2000a.
- GOODWIN, C. **Conversational organization: interaction between speakers and hearers**. New York: Academic Press, 1981. Disponível em:
<<http://www.sscnet.ucla.edu/clic/cgoodwin/publish.htm>>.

- GOODWIN, C.; HERITAGE, J. Conversation Analysis. **Annual Review of Anthropology**, v. 19, p. 283-307, 1990.
- GOLDMAN, R. et al. Patients' perception of cholesterol, cardiovascular disease risk, and risk communication strategies. **The Annals of Family Medicine**, v.4, p. 205-212, 2006.
- GUMPERZ, J. J. Contextualization and understanding. In: DURANTI, A.; GOODWIN, C. (Orgs.). **Rethinking context: language as an interactive phenomenon**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 229-252, 1992.
- GUMPERZ, J. J. **Discourse strategies**. Cambridge: Cambridge University Press, 1982. 225p.
- HAAKANA, M. Laughter in medical interaction: from quantification to analysis, and back. **Journal of Sociolinguistics**, v. 6, n. 2, p. 207-235, 2002.
- HAAKANA, M. Laughter as a patient's resource: dealing with delicate aspects of medical interaction. **Text**, v. 21, n. 1/2, p. 187-219, 2001.
- HAVE, P. ten. **Doing conversation analysis: a practical guide**. London: Sage, 1999. 240 p.
- HAVE, P. ten. Methodological issues in conversation analysis. **Bulletin de méthodologie Sociologique**, n. 27, June, p. 23-51, 1990. Disponível em: <<http://www.pscw.uva.nl/emca/mica.htm>>.
- HAVE, P. ten. The consultation as a genre. In: TORODE, B. (Ed.). **Text and talk as social practice**. Dordrecht: Foris, 1989. p. 115-35.
- HEATH, C.; HINDMARSH, J.; LUFF, P. **Video in qualitative research: analyzing social interaction in everyday life**. London: Sage, 2011. 173 p.
- HERITAGE, J. In: SIDNELL, J.; STIVERS, T. **The handbook of conversation analysis**. Boston: Wiley-Blackwell, 2013. p. 371-394. 2013.
- 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. The epistemic engine: sequence organization and territories of knowledge. **Research on Language and Social Interaction**, v. 45, p. 30-52, 2012b.
- HERITAGE, J. Conversation Analysis: practices and methods. In: SILVERMAN, D. (Ed.) **Qualitative Sociology**. 3rd ed. London: Sage, 2010. p. 208-230.
- HERITAGE, J. Intention, meaning and strategy: observations on constraints on interaction analysis. **Research on Language and Social Interaction**, v. 24, p. 311-332, 1991.
- HERITAGE, J. A change of state token and aspects of its sequential placement. In: ATKINSON, J. M.; HERITAGE, J. (Ed.). **Structures of social action: studies in conversation analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 299-345.

HERITAGE, J.; LINDSTRÖM, A. Advice-giving: terminable and interminable. In: LIMBERG, H.; LOCHER, M. (Ed.). **Advice in discourse**. Amsterdam: John Benjamins Company, 2012. p. 169-194.

HERITAGE, J.; MAYNARD, D. W. Introduction: analyzing primary care encounters. In: HERITAGE, J.; MAYNARD, D. W. (Ed.). **Communication in medical care: interactions between primary care physicians and patients**. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. p. 1-21.

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, J.; ROBINSON, J. D. The structure of patients' presenting concerns: physicians' opening questions. **Health Communication**, v. 19, n. 2, p. 89-102, 2006b.

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.; ATKINSON, J. M. Introduction. In: ATKINSON, J. M.; HERITAGE, J. (Ed.). **Structures of social action: studies in conversation analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 1-15.

HERITAGE, J.; WATSON, R. Formulation as a conversation objects. In: PSATHAS, G. (Ed.). **Everyday language**. New York: Irvington Press, 1979. p. 123-162.

HOUAISS, A. **Dicionário houaiss língua portuguesa**. [S.l.], Objetiva, 2009.

HUDAK, P.L.; CLARK, S. J.; RAYMOND, G. How surgeons design treatment recommendation in orthopedic surgery. **Social Science and Medicine**, v. 73, p. 1028-1036, 2011.

HUTCHBY, I.; WOUFFITT, R. **Conversation analysis: principles, practices and applications**. Cambridge: Polity Press, 1998. 273 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Brasil: projeção da população do Brasil – 2004**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias30082004projecaopopulacao.shtm>>. Acesso em: 07 set. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Brasil: tábua completa de mortalidade – 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notastecnicas.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

ERVIN-TRIPP, S. Is Sybil There? The Structure of Some American English Directives. **Language in Society**, v. 5, p. 25-66, 1976.

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, 1984. p. 346-369.

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

JEFFERSON, G.; SACKS, H.; SCHEGLOFF, E. Notes on laughter in the pursuit of intimacy. In: BUTTON, G.; LEE, J. R. E. (Ed.). **Talk and social organization**. Clevedon: Multilingual Matters. p. 152-205.

JUNG LAU, C.R.; OSTERMANN, A.C. As interações no telemarketing ativo de cartões de crédito: da oferta velada à rejeição. **Alfa**, v. 49, n. 2, p. 65-88, 2005.

KAMIO, A. **Territories of information**. Amsterdam: John Benjamins Publishing, 1997. 227p.

KEVOE-FELDMAN, H. Closing the gap in customer service encounters: customers' use of upshot formulations to manage service encounters. **Pragmatics and Society**, v. 6, n. 1, p. 67-88, 2015.

KIDWELL, M. Gaze as social control: how very young children differentiate 'the look' from a 'mere look' by their adult caregivers. **Research on Language and Social Interaction**, v. 38, n. 4, p. 417-449, 2005.

KIDWELL, M. 'Calm down!': the role of gaze in the interactional management of hysteria by the police. **Discourse Studies**, v. 86, n. 6, p. 745-770, 2006.

KIDWELL, M. Gaze shift as an interactional resource for very young children. **Discourse Processes**, v. 46, p. 145-160, 2009a.

KOELLING, T. et al. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. **American Heart Association**, v. 111, n. 2, p. 179-185, 2005.

KOENIG, C. J. Patient resistance as agency in treatment decisions. **Social Science and Medicine**, v. 72, n. 7, p. 1105-1114, 2011.

KUKLA, R. How do patients know? **Hastings Center Report**, v. 37, n. 5, p. 27-35, 2007.

LABOV, W. The transformation of experience in narrative syntax. In: LABOV, W. **Language in the inner city**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972. p. 354-396.

LABOV, W.; FANSHEL, D. **Therapeutic discourse: psychotherapy as conversation**. New York: Academic Press, 1977. 392p.

LANDMARK, A. M. D.; GULBRANDENSEN, P.; SENNEVIG, J. Whose decision? negotiating epistemic and deontic rights in medical treatment decisions. **Journal of Pragmatics**, v. 78, p. 54-69, 2015.

- LEVINSON, S. Activity types and language. In: DREW, P.; HERITAGE, J. (Ed.). **Talk at work: interaction in institutional settings**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 66-100.
- LEVINSON, S. Action formation and ascription. In: SIDNELL, J.; STIVERS, T. (Ed.). **The handbook of conversation analysis**. Boston: Wiley-Blackwell, 2013. p. 103-130.
- LEVINSON, S. C.; TORREIRA, F. Timing in turn-taking and its implications for processing models of language. **Frontiers in Psychology**, v. 6, n. 731, 2015.
- LODER, L. L.; JUNG, N. M. **Análises de fala-em-interação institucional: a perspectiva da análise da conversa etnometodológica**. Campinas: Mercado de Letras, 2009. 126p.
- MANDELBAUM, J. Storytelling in conversation. In: SIDNELL, J.; STIVERS, T. (Ed.). **The handbook of conversation analysis**. Boston: Wiley-Blackwell, 2013. p. 492-507.
- MARCUSCHI, L.A. **Da fala para a escrita: atividades de retextualização**. São Paulo: Cortez, 2001. 133p.
- MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005a.
- MAYNARD, D. W. **Inside plea bargaining: the language of negotiation**. New York: Plenum, 1984. 257p.
- MAYNARD, D. W. Perspective display sequences in conversation. **Western Journal of Speech Communication**, v. 53, p. 91-113, 1989.
- MAYNARD, D. W.; SCHAEFFER, N. C.; FREESE, J. Improving response rates in telephone interviews. In: ANTAKI, C. (Ed.). **Applied conversation analysis: intervention and changes in institutional talk**. New York: Palgrave MacMillan, 2011. p. 54-74.
- MISHLER, E. G. **The discourse of medicine: dialectics of medical interviews**. Norwood, NJ: Ablex, 1984. 213 p.
- OLIVEIRA, M. C. L.; BARBOSA, B. T. Novas tecnologias, novos padrões de interação: um estudo da fala em uma central de atendimento telefônico. **Palavra**, v. 8, p. 155-168, 2002.
- 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, 2012. p. 33-43.
- OSTERMAN, A. C. Comunidades de prática: gênero, trabalho e face. In: HEBERLY, V.; OSTERMANN, A.C.; FIGUEIREDO, D. (Org.). **Linguagem e gênero no trabalho, na mídia e em outros contextos**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006. p. 15-47.
- OSTERMANN, A.C.; ANDRADE, D. N. P.; FREZZA, M. A prosódia como componente de

formação e de atribuição de sentido a ações na fala-em-interação: o caso de formulações no tribunal. **DELTA**, 2016. Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada. No prelo.

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. 167 p.

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

OSTERMANN, A. C.; SILVA, C. R. A formulação explicitando a compreensão mútua entre médico e paciente: uma forma de humanizar os atendimentos. 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. 99-115.

OSTERMANN, A. C.; SOUZA, J. As explicações feitas pelas pacientes para as causas de seus problemas de saúde: como os médicos lidam com isso. 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. 85-98.

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.

PARK, C. et al. Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. **Quality of Life Research**, v. 17, n. 1, p. 21-26, 2008.

PARRY, R. Giving reasons for doing something now or at some other time. **Research on Language and Social Interaction**, v. 46, n. 2, p. 105-124, 2013.

PARRY, R. Practitioners' accounts for treatment actions and recommendations in physiotherapy: when do they occur, how are they structured, what do they do? **Sociology of Health and Illness**, v. 31, n. 6, p. 835-853, 2009.

PARRY, R. Official recommendations and actual practice in physiotherapy: managing troubles of physical performance. **Communication and Medicine**, v. 2, n. 2, p. 151-161, 2005.

PARRY, R. The interactional management of patients' incompetence: a conversational analytic study of physiotherapy interactions. **Sociology of Health and Illness**, v. 26, n. 7, p. 976-1007, 2004.

PASSONE, E. F. K. Contribuições atuais sobre o estudo de implementação de políticas educacionais. **Cadernos de Pesquisa**, v. 43, n. 149, p. 596-613, 2013

PASSUELLO, C.; OSTERMANN, A. C. Aplicação da análise da conversa etnometodológica em entrevista de seleção: considerações sobre o gerenciamento de impressões. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 12, p. 243-251, 2007.

PERÄKYLÄ, A.; SILVERMAN, D. AIDS Counselling: the interactional organization of talk about delicate issues. **Sociology of Health and Illness**, v. 12, n. 3, p. 293-318, 2008.

PEREIRA, C. A. F. **Disque Saúde**: um processo de recontextualização na oralização de teleatendentes. 2013. 143f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada) – Programa de Pós-graduação em Linguística Aplicada, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, 2013.

POLLNER, M. **Mundane reason**: reality in everyday and sociological discourse. Cambridge: Cambridge University Press, 1987. 200 p.

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

POMERANTZ, A. Offering a candidate answer: an information seeking strategy. **Communication Monographs**, v. 55, p. 360-73, 1988.

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

POMERANTZ, A.; HERITAGE, J. Preference. In: SIDNELL, J.; STIVERS, T. **The handbook of conversation analysis**. Boston: Wiley-Blackwell, 2013. p. 210-228.

PSATHAS, G.; ANDERSON, T. The ‘practices’ of transcriptions in Conversation Analysis. **Semiotica**, v. 78, n. 1/2, p. 75-99, 1990.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 7-17, 2012.

ROBERTS, F. **Talking about treatment**: recommendations for breast cancer adjuvant therapy. New York: Oxford University Press, 1999. 131 p.

ROBERTS, F.; FRANCIS, A.; MORGAN, M. The interaction of inter-turn silence with prosodic cues in listener perception of ‘trouble’ in conversation. *Speech Communication*, v. 48, p. 1079-1093, 2006.

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

ROSSANO, F. Gaze in conversation In: SIDNELL, J.; STIVERS, T. (Ed.). **The handbook of conversation analysis**. Boston: Wiley-Blackwell, 2013. p. 308-329.

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

SACKS, H. On the analyzability of stories by children. In: GUMPERZ, J. J.; HYMES, D. (Ed.). **Directions in sociolinguistics**: the ethnography of communication. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1972. P. 325-345.

- SACKS, H.; SCHEGLOFF, E.; JEFFERSON, G. The simplest systematics for turn-taking in conversation. **Language**, v. 50, n. 4, p. 696-735, 1974.
- SACKS, O. **Migraine: the evolution of a common disorder**. Berkeley: University of California Press, 1973. 220p.
- SACKS, O. **A leg to stand on**. London: Picador, 1984. 208p.
- SANTOS, I. S.; BITTENCOURT, M. S. Insuficiência cardíaca. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 87, n. 10, p. 224-231, 2008.
- SCHWALM, S. R. **Usos do marcador discursivo Né em interações medico-paciente**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Letras/Inglês) – Curso de Letras, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), 2014.
- SCHAW, C., POTTER, J., HEPBURN, A. Advice-implicative actions: using interrogatives and assessments to deliver advice in mundane conversation. **Discourse Studies**, v. 17, n. 3, p. 317-342, 2015.
- SCHEGLOFF, E. A. Sequencing in conversational openings. **American Anthropologist**, v. 70, n. 6, p. 1075-1095, 1968.
- SCHEGLOFF, E. A. Analyzing single episodes of interaction: an exercise in conversation analysis. **Social Psychology Quarterly**, v. 50, n. 2, p. 101-114, 1987b.
- SCHEGLOFF, E. A. Identification and recognition in telephone openings. In: PSATHAS, G. (Ed.). **Everyday language: studies in ethnomethodology**. New York: Erlbaum, 1979b.
- SCHEGLOFF, E. A. **Sequence organization in interaction: a primer in conversation analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. v. 1.
- SCHEGLOFF, E. A.; SACKS, H. Opening up closings. **Semiotica**, v. 8, p. 289-327, 1973.
- SCHEPER-HUGHES, N.; LOCK, M. M. The midful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. **Medical Anthropology Quarterly New Series**, v. 1, n. 1, p. 6-41, 1987.
- SEARLE, J. R. **Expression and meaning: studies in the theory of speech acts**. Cambridge: Cambridge University Press, 1979.
- SEARLE, J. R. **Speech acts: an essay in the philosophy of language**. Cambridge: CUP, 1969. 203p.
- SELTING, M.; COUPER-KUHLEN, E. Introduction. In: COUPER-KUHLEN, E.; SELTING, M. (Eds.). **Prosody in conversation**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 1-10.
- SHOTTER, J. **Social accountability and selfhood**. Oxford: Blackwell, 1984. 253p.

SHRUM, W.; DUQUE, R.; BROWN, T. Digital video as research practice: methodology for the millennium. **Journal of Research Practice**, v. 1, n. 1, Article M4, 2005. Disponível em: <<http://jrp.icaap.org/index.php/jrp/article/view/6/11>>. Acesso em: 10 out. 2008.

SIDNELL, J. **Conversation analysis**: an introduction. West Sussex: Wiley-Blackwell, 2010. 283p.

SIDNELL, J. Declaratives, questioning, defeasibility. **Research on Language and Social Interaction**, v. 45, n. 1, p. 53-60, 2012.

SIDNELL, J. The design and positioning of questions in inquiry testimony. In: FREED, A.F.; EHRLICH, S. (Ed.). **Why do you ask**: the function of questions in institutional discourse. New York: Oxford University Press, 2010. p. 31-60.

SIDNELL, J.; STIVERS, T. (Ed.). **The handbook of conversation analysis**. Boston: Wiley-Blackwell, 2013. 825p.

SILVEIRA, J. et al. Reabilitação cardíaca fase I em pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. suplemento, p. 42-42, 2008.

SILVERMAN, D.; SACKS, H. **Social science and conversation analysis**. New York: Oxford University Press, 1998. 224 p.

SILVERMAN, D.; PERÄKYLÄ, A.; BOR, R. Discussing safer sex in HIV counselling: Assessing three communication formats. **AIDS Care**, v. 4, n. 1, p. 69-82, 1992.

SIOUTA, E. et al. Interactional resistance between patients with atrial fibrillation and cardiologists in consultation on treatment with warfarin: the value of shared decision-making. **The International Journal of Person Centered Medicine**, v. 2, n. 3, p. 427-436, 2009.

SOLBERG, J. Activation encounters: dilemmas of accountability in constructing clients as 'knowledgeable'. **Qualitative Social Work**, v. 10, n. 3, p. 381-398, 2011.

SOUZA-RABBO, M. et al. O papel de uma equipe multidisciplinar em programas de reabilitação cardiovascular. **Ciência em Movimento**, ano XII, n. 23, 2010/1.

STEENSIG, J.; LARSEN, T. Affiliative and desaffiliative uses of you say questions. **Discourse Studies**, v. 10, n. 1, p. 113-132, 2008.

STERPONI, L. Account episodes in family discourse: the making of morality in everyday interaction. **Discourse Studies**, v.5, p. 79-100, 2003.

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, 2102.

STIVERS, T. Treatment decisions: negotiations between doctors and patients in acute encounters. In: HERITAGE, J.; MAYNARD, D. W. (Ed.). **Communication in medical care: interactions between primary care physicians and patients**. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. p. 279-312.

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. 41-74, 2005a.

STIVERS, T. Non-antibiotic treatment recommendations: delivery formats and implications for parents' resistance. **Social Science and Medicine**, v. 60, p. 949-964, 2005b.

STIVERS, T. et al. Why do physicians think parents expect antibiotics? What parents report vs what physicians believe. **The Journal of Family Practice**, v. 52, n. 2, p. 140-147, 2003.

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

STIVERS, 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.

STIVERS, T.; ROSSANO, F. Mobilising response in interaction: a compositional view of questions. In: FREED, A.F.; EHRLICH, S. (Ed.). **Why do you ask: the function of questions in institutional discourse**. New York: Oxford University Press, 2010.

STRÖMBERG, A. The crucial role of patient education in heart failure. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 7, n. 3, p. 267-268, 2005.

STRÖMBERG, A. The situation of caregivers in heart failure and their role in improving patient outcomes. **Current Heart Failure Reports**, v. 10, n. 3, p. 270-275, 2013.

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

VILLE, R. **Oleiro quando posso**. Prata, 2016. Disponível em: <<http://www.recantodasletras.com.br/poesias/966586>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

WEIDNER, M. **Contested knowledge**. Unpublished Manuscript, University of Antwerp, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long term-therapies: evidence for action**. Geneva: World Health Organization, 2003.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
- PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS - e meu projeto de pesquisa **Informação e corresponsabilização: a Análise da Conversa e a sensibilização em interações com portadores de síndrome coronariana aguda** analisará interações entre profissionais de saúde e pacientes hospitalizados. Sendo a comunicação com pacientes realizada pelo uso da linguagem, é crucial compreendermos como essas interações são construídas pelos participantes da conversa, ou seja, como os pacientes recebem a orientação profissional e como o profissional presta o cuidado à saúde. O estudo será realizado por mim, doutoranda Daniela Negraes Pinheiro Andrade, sob a orientação da Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann (email: aco@unisinos.br).

As atividades que servirão de dados para a pesquisa são: a) gravação em áudio de um total de 50 interações, divididas em dois momentos de coleta, sendo 25 interações no primeiro momento e 25 no segundo momento efetuadas em diferentes horários, dias e com diferentes pacientes; b) entrevista com os profissionais de saúde que participarem da pesquisa; e c) notas de observação sobre o ambiente pesquisado e sobre as pacientes antes da consulta.

Sendo o(a) senhor(a) profissional de saúde da instituição, solicito sua autorização para gravar em áudio e analisar interações de consultas com a sua participação e entrevistá-lo(a) sobre as suas atividades com profissional de saúde e o funcionamento da sua rotina de atendimento aos pacientes com síndrome coronariana aguda.

No sentido de proteger a sua identidade, comprometo-me a utilizar nomes fictícios ao me referir a sua pessoa, tanto na análise dos áudios quanto das entrevistas, e utilizar essas informações somente para fins acadêmicos. **Os dados coletados ficarão sob minha inteira responsabilidade e, após o término do estudo, serão gravados em CD e arquivados para eventuais consultas necessárias a publicações científicas. Os dados serão guardados por tempo indeterminado e utilizados somente para a finalidade proposta. É garantida aqui a extrema confidencialidade e privacidade no tratamento das informações decorrentes de dados pessoais ou institucionais confiados a mim.**

Sua participação neste estudo é voluntária. O (a) senhor(a) pode recusar-se a participar das gravações **a qualquer momento**, bem como a responder qualquer pergunta durante o desenrolar da entrevista. Pode inclusive retirar sua participação na pesquisa depois das gravações, e esses dados então serão desconsiderados **e destruídos**.

Este documento será assinado em duas vias, ficando uma em seu poder e a outra com a pesquisadora. Em caso de dúvidas, contate-me pelo email daniela.negraes@yahoo.com.br ou pelos telefones (51) 35911219 e 81307807.

Agradeço sua participação nesta pesquisa.

Atenciosamente,

Daniela Negraes Pinheiro Andrade

Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Linguística Aplicada – Unisinos

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) -
PACIENTE**

Sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS - e meu projeto de pesquisa **Informação e corresponsabilização: a Análise da Conversa e a sensibilização em interações com portadores de síndrome coronariana aguda** que analisará interações entre profissionais de saúde e pacientes hospitalizados. Sendo a comunicação com pacientes realizada pelo uso da linguagem, é crucial compreendermos como essas interações são construídas pelos participantes da conversa, ou seja, como os pacientes recebem a orientação profissional e como o profissional presta o cuidado à saúde. O estudo será realizado por mim, doutoranda Daniela Negraes Pinheiro Andrade, sob a orientação da Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann (email: aco@unisinobr).

Sendo o(a) senhor(a) paciente da instituição, solicito sua autorização para gravar em áudio e analisar interações de consultas com a sua participação e entrevistá-lo(a) sobre o funcionamento da sua rotina enquanto paciente hospitalizado neste instituto com paciente de síndrome coronariana aguda.

No sentido de proteger a sua identidade, comprometo-me a utilizar nomes fictícios ao me referir a sua pessoa, tanto na análise dos áudios quanto das entrevistas, e utilizar essas informações somente para fins acadêmicos. **Os dados coletados ficarão sob minha inteira responsabilidade e, após o término do estudo, serão gravados em CD e arquivados para eventuais consultas necessárias a publicações científicas. Os dados serão guardados por tempo indeterminado e utilizados somente para a finalidade proposta. É garantida aqui a extrema confidencialidade e privacidade no tratamento das informações decorrentes de dados pessoais ou institucionais confiados a mim.**

Sua participação neste estudo é voluntária. O (a) senhor(a) pode recusar-se a participar das gravações **a qualquer momento**, bem como a responder qualquer pergunta durante o desenrolar da entrevista. Pode inclusive retirar sua participação na pesquisa depois das gravações, e esses dados então serão desconsiderados **e destruídos**.

Este documento será assinado em duas vias, ficando uma em seu poder e a outra com a pesquisadora. Em caso de dúvidas, contate-me pelo email daniela.negraes@yahoo.com.br ou pelos telefones (51) 35911219 e 81307807.

Agradeço sua participação nesta pesquisa.

Atenciosamente,

Daniela Negraes Pinheiro Andrade

Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Linguística Aplicada – Unisinos.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

ANEXO A - CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO¹³²

(1.8)	Pausa
(.)	Micropausa
=	Fala colada
[Texto]	Falas sobrepostas
,	Entonação contínua
↑texto	Entonação ascendente da sílaba
↓texto	Entonação descendente da sílaba
.	Entonação descendente do turno
?	Entonação ascendente do turno
-	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
Hhhh	Riso expirado
Hahahehehihi	Risada com som de vogal
{{rindo} texto}	Turnos ou palavras pronunciadas rindo
.hhh	Inspiração audível

¹³² Modelo baseado nas propostas Jefersonianas de transcrição e adaptado pelo grupo Fala-em-interação em Contextos Institucionais e Não-Institucionais com marcações sugeridas pelo GAT2.

ANEXO B – MANUAL MAXCÁRDIO ICC

ÍNDICE

1. O PROGRAMA CARDIO	4
2. INTRODUÇÃO AO MANUAL	6
2.1 O que é insuficiência cardíaca?.....	8
2.2 O que causa a insuficiência cardíaca?.....	10
2.3 Quais os sintomas mais comuns?	11
2.4 Quais os exames necessários?.....	12
3. ORIENTAÇÕES GERAIS	14
3.1 Adesão e organização para o tratamento.....	14
3.2 Verificação do peso diário.....	15
3.3 Monitoração da pressão arterial.....	15
3.4 Bebidas alcoólicas, tabagismo e uso de anti-inflamatórios.....	18
3.5 Dúvidas quanto à atividade sexual.....	18
3.6 Recomendações de vacinação.....	19
3.7 Consultas periódicas.....	20
3.8 O que fazer na piora dos sintomas?.....	20
3.9 Vantagens das clínicas de insuficiência cardíaca.....	21
3.10 Pesquisas clínicas.....	22
4. ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS	24
4.1 Dieta com restrição de sódio.....	24
4.2 Dieta rica em fibras.....	30
4.3 Restrição hídrica.....	32
4.4 Dieta pobre em gorduras/colesterol.....	32
5. ORIENTAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA: REABILITAÇÃO CARDÍACA	34
5.1 Fase I: durante a internação hospitalar.....	35
5.2 Fase II: após a alta.....	35
5.3 Fase III: preparo para uma vida normal.....	39
5.4 Fase IV: exercícios em casa.....	39
6. ORIENTAÇÕES PSICOLÓGICAS	42
7. MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO	44