

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

MINÉIA FREZZA

**“Isso aí seria o quê na tela?”: a inteligibilidade de imagens fetais ultrassonográficas
coconstruída na e pela fala-em-interação**

São Leopoldo

2019

Minéia Frezza

“Isso aí seria o quê na tela?”: a inteligibilidade de imagens fetais ultrassonográficas
coconstruída na e pela fala-em-interação

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

2019

F896i

Frezza, Minéia.

Isso aí seria o quê na tela? : a inteligibilidade de imagens fetais ultrassonográficas coconstruída na e pela fala-em-interação / Minéia Frezza. – 2019.

193 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, 2019.

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

1. Conversa Multimodal. 2. Ultrassonografia fetal. 3. Interação profissional da saúde-paciente. 4. Multiatividade. I. Título.

CDU 81

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecária: Amanda Schuster – CRB 10/2517)

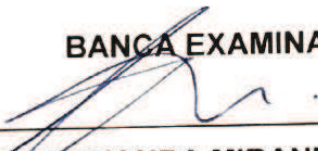
MINÉIA FREZZA

““ISSO AÍ SERIA O QUÊ NA TELA?”: A INTELIGIBILIDADE DE IMAGENS
FETAIS ULTRASSONOGRAFICAS COCONSTRUÍDA NA E PELA FALA-EM-
INTERAÇÃO”

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

APROVADA EM 22 DE FEVEREIRO DE 2019.

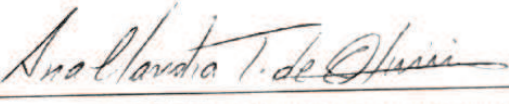
BANCA EXAMINADORA



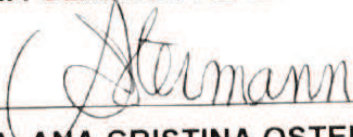
PROFA. DRA. FERNANDA MIRANDA DA CRUZ - UNIFESP



PROF. DR. ALEXANDRE DO NASCIMENTO ALMEIDA - UFCSPA



PROFA. DRA. ANA CLAUDIA TONELLI DE OLIVEIRA - UNISINOS



PROFA. DRA. ANA CRISTINA OSTERMANN - UNISINOS

*Dedico este trabalho às gestantes
que dividiram conosco
os primeiros encontros com seus bebês.*

AGRADECIMENTOS

Tive honra e a graça de contar com a ajuda de pessoas muito especiais e de instituições sérias ao longo do doutorado. Agora, com muita alegria, é chegada a hora de agradecer a cada uma delas.

Primeiramente, agradeço à CAPES pela concessão da bolsa integral CAPES/PROSUP, que depois foi renomeada para CAPES/PROSUC, sem a qual não teria condições de ter dedicação exclusiva ao doutorado. Quem fez uma graduação ou pós-graduação paralelamente a uma carga horária exaustiva de trabalho sabe muito bem o valor desse tipo de benefício, ainda mais quando esse privilégio é cedido a pouquíssimas pessoas neste país. Além de poder aprofundar meus estudos, essa oportunidade garantiu minha participação em diversos congressos nacionais e internacionais, tempo necessário para elaboração de artigos e para oferta e participação em oficinas e cursos na Unisinos e em outras universidades da região. Além da bolsa integral, também fui contemplada com uma bolsa do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior, através da qual pude estudar por quatro meses na Universidade de Chiba, no Japão, sob a orientação do professor Aug Nishizaka. Todos esses benefícios proporcionaram uma ampliação imensurável do meu conhecimento acadêmico e pessoal. Não tenho palavras para expressar minha gratidão e honra em ser agraciada com tantos privilégios. Espero poder retribuir ao país todo o investimento dedicado à minha formação.

Agradeço imensamente à Unisinos, por oferecer um ambiente de estudo de excelência. Em especial, agradeço à coordenação e ao corpo docente do PPG em Linguística Aplicada, pelo constante empenho em qualificar ainda mais o programa, atendendo às necessidades de cada discente. Agradeço também às secretárias do PPG, especialmente à Vanessa, pela atenção e prestatividade.

Com muito carinho, agradeço à orientadora deste trabalho, Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann, por me mostrar o mundo da pesquisa, por me encorajar e me inspirar a ingressar nele. Ao longo desses dez anos em que trabalhamos juntas, vivemos tantas aventuras acadêmicas – e não tão acadêmicas assim –, que não consigo imaginar como seria minha vida sem esse encontro. Por isso, também agradeço à Profa. Dra. Márcia Del Corona, por ter me indicado para ser bolsista de iniciação científica da Profa. Ana em 2009. À época, não sabia quem era Ana Cristina Ostermann, muito menos que era possível analisar conversas cientificamente. Com a entrada no grupo de pesquisa FEI, criado e coordenado pela Profa. Ana, além de aprender muito sobre como fazer pesquisas com dados interacionais, aprendi a

ser uma professora melhor, a ser uma pessoa melhor e a sempre conferir meu passaporte! Sim, foram muitas aventuras mesmo! À Ana, agradeço de coração pelo profissionalismo, competência e dedicação imensuráveis, pela amizade e pelos ensinamentos que levarei por toda minha vida profissional e pessoal. Também agradeço por ter me acolhido no seu projeto de pesquisa, do qual minha tese faz parte. Meu acesso a esse contexto de investigação tão singular e fascinante não seria possível sem a sua incansável dedicação em fazer o projeto acontecer.

Sou muito grata às bancas de qualificação e de defesa, formadas pelas Profas. Dras. Fernanda Miranda da Cruz, Ana Claudia Tonelli de Oliveira, Daniela Negraes Pinheiro Andrade, Ana Cristina Ostermann e pelo Prof. Dr. Alexandre do Nascimento Almeida. Agradeço pelo tempo e esmero dedicados à leitura do meu projeto e pelas importantes contribuições.

Colegas e amigas/os do grupo FEI – Fala-em-Interação, muito obrigada pelas agradáveis e produtivas tardes de sexta-feira, com discussões teóricas, sessões de análise de dados, ensaios para apresentações, auxílio psicológico, chimarrão, café, guloseimas e boas risadas. Fazer parte de um grupo tão qualificado, agradável e companheiro tornou essa caminhada muito mais leve. Ao longo da tese, vejo sinais das suas valiosas contribuições ao trabalho e da parceria no processo de coleta e de transcrição dos dados.

Mesmo no anonimato dos dados, devo um agradecimento especial às mulheres que tão gentilmente nos permitiram acompanhar e gravar suas consultas. Suas experiências e o modo como mantêm a esperança me fizeram enxergar a vida com outros olhos. Espero que este trabalho possa, de alguma forma, vir a beneficiá-las algum dia. Também no anonimato dos dados, agradeço infinitamente à equipe de medicina fetal do hospital que tão bem nos acolheu durante a realização do projeto, permitindo a nossa entrada *com câmeras* em sua rotina de trabalho.

Agora é hora de mudar um pouco o caráter dos agradecimentos. Passo então a agradecer àquelas pessoas que não se matricularam no curso na Unisinos comigo, mas que me acompanharam ao longo desse percurso, oferecendo suporte emocional em todos os altos e baixos que uma pós-graduação pode ter. Início agradecendo ao Alexandre, meu grande companheiro, por sempre e incondicionalmente me apoiar em todas as minhas decisões acadêmicas e pessoais, sempre dando um jeito para que elas se tornassem possíveis. Não poderia encontrar alguém mais parceiro do que tu para enfrentar essa caminhada comigo.

Às minhas amigas, especialmente às queridas Carlinha e Bete, agradeço pela longa e sincera amizade, pelos conselhos, por compreenderem meus “sumiços”, pelo incentivo e por

me ouvirem falar por horas e horas sobre a pesquisa. Contar com pessoas tão especiais quanto vocês é o presente mais doce que a vida me deu. Vocês moram em meu coração!

Às minhas irmãs, Maísa e Dayane, agradeço pela preocupação, pelo carinho de sempre e por serem o maior e mais lindo presente que a minha família me deu. Peço sinceras desculpas por ter sido uma irmã bastante ausente nesses últimos anos. Sei que vocês me pouparam de muitas coisas para não tirar meu tempo de estudo. Daqui em diante, contem de verdade comigo para tudo o que precisarem. Estou de volta!

Finalmente e mais importante de tudo, agradeço ao meu padrasto, Dioclécio, à minha mãe, Carmen, e ao meu pai, Vitor Hugo, por serem exemplos de dedicação, bondade e honestidade e por me ensinarem a valorizar as minhas origens. Obrigada por acreditarem em mim até quando nem eu acreditei, por vibrarem com minhas conquistas, por me acalmarem nos meus desesperos e por adaptarem suas vidas para tornar a minha melhor. Minha gratidão por vocês e por tudo o que já fizeram e fazem por mim vai além do que as palavras podem descrever. Amo vocês!

Apesar de médicos/as conduzirem exames físicos e usarem exames de sangue, raios-X, medicamentos e outras ferramentas para alcançar objetivos terapêuticos, o valor dessas atividades é limitado sem a fala que organiza a história e os sintomas e que os/as coloca em um contexto significativo para ambos/as paciente e médico/a.

(ROTER; HALL, 2006, p. 4¹)

¹ “Though physicians conduct physical exams and use blood tests, X-rays, medications, and other tools to achieve therapeutic goals, the value of these activities is limited without the talk that organizes the history and symptoms and puts them in a meaningful context for both the patient and the physician.”

RESUMO

Além dos avanços que a ultrassonografia trouxe à obstetrícia, ela também possibilitou a socialização do bebê antes do seu nascimento. Logo, as ultrassonografias fetais são consideradas como práticas híbridas voltadas aos domínios profissional e social. Contudo, pesquisas antropológicas interessadas nesses atendimentos (CHAZAN, 2005, 2007, MITCHELL, 2001; TAYLOR, 2008) apontam diversos problemas de comunicação entre profissionais e gestantes durante esses encontros da ciência e da família com o feto/bebê, sendo estas as maiores reclamações: (a) os/as profissionais não explicam as imagens; e (b) as gestantes, passivas à falta de explicação, não solicitam informações, ou perguntam tanto que acabam “atrapalhando” os atendimentos. Contudo, são raros os estudos que investigam como essas interações realmente acontecem (NISHIZAKA, 2014a, 2014b, 2013, 2011). Com base nesse cenário, este estudo objetiva investigar como profissionais e pacientes coordenam (ou não) sistemas semióticos distintos (fala, gestos, imagens e recursos do equipamento de ultrassom) para realizar as multiatividades que constituem as ultrassonografias fetais. Advindo de um projeto maior sobre interações em medicina fetal (OSTERMANN, 2013), o estudo analisa 114 ultrassonografias, gravadas em áudio e vídeo, em um setor hospitalar especializado em gestação de risco no Sistema Único de Saúde. A análise dos dados, amparada pela Análise da Conversa Multimodal, evidencia que a coordenação entre alguns recursos do ultrassom – como o cursor do *mouse* e as ações de ampliar, estabilizar e congelar imagens, referências verbais e corporificadas – constitui a ação de “mostrar” (no sentido de “fazer ver”) imagens fetais às gestantes. Nesses casos, a atividade de realizar o exame é suspensa e dá lugar à atividade de “socializar o feto”. Por outro lado, há instâncias em que os profissionais descrevem partes fetais verbalmente sem coordenar a fala com a imagem projetada e com uso de referências corporificadas. Essa “não coordenação” entre imagem, fala e gesto revela uma orientação maior para o domínio profissional, i.e., para o exame, sem, no entanto, desconsiderar a socialização desse ser examinado: o feto que, além de ser avaliado clinicamente, também é apresentado à gestante (e acompanhantes) no aqui e agora interacional. Na ausência de explicações voluntariadas pelos/as profissionais, as gestantes (e eventuais acompanhantes) tendem a iniciar sequências interacionais em busca de informações sobre as imagens e a saúde fetal. Os resultados deste estudo apontam diversas contingências técnicas, próprias do contexto de ultrassonografia fetal, que podem interferir na obtenção de respostas das solicitações das gestantes. Por meio da sistematização das atividades

interacionais que constituem esse contexto, almeja-se contribuir tanto para a prática dos/as profissionais que lidam com a necessidade de orquestrar diversos recursos verbais, corporificados e tecnológicos para dar conta do hibridismo que constitui as ultrassonografias, quanto para as gestantes e acompanhantes, que, ao menos no contexto desta pesquisa, lidam com a possibilidade de a ultrassonografia ser o único momento em que veem seus fetos vivos.

Palavras-chave: Análise da Conversa Multimodal. Ultrassonografias fetais. Interação profissional da saúde-paciente. Multiatividade. Oferta e solicitação de informação.

ABSTRACT

Beyond the advances ultrasound brought to obstetrics, it also made the socialization of the foetus possible. Thus, fetal ultrasound scans are considered as hybrid practices related to professional and social domains. However, anthropological research studies interested in these scans (CHAZAN, 2005, 2007, MITCHELL, 2001; TAYLOR, 2008) point out several communication problems between professionals and pregnant women during these encounters of science and family with the foetus/baby. These are the main complaints reported: (a) professionals do not explain the images; and (b) pregnant women, passive to the lack of explanation, do not request for information, or ask so much that end up “hindering” the service. Notwithstanding, there are few studies about how these interactions really happen (NISHIZAKA, 2014a, 2014b, 2013, 2011). Based on this scenario, this study aims at investigating how professionals and patients (do not) coordinate distinct semiotic fields (talk, gestures, images and resources from the ultrasound equipment) to achieve the multiactivities that constitute foetal ultrasound scans. As part of a bigger project interested in interactions in foetal medicine (OSTERMANN, 2013), this study analyzes 114 audio-video recorded ultrasound scans held in a ward specialized in high risk pregnancies assisted by the Brazilian Public Health System (SUS). The data analysis, sustained by Multimodal Conversation Analysis, evidences that the coordination among some ultrasound resources – as the pointer of the mouse and the actions of zooming in, stabilizing and freezing images, verbal and embodied references – constitutes the action of “showing” (with the meaning of “making someone see”) foetal images to the pregnant women. In these cases, the activity of performing the scan is suspended so that the activity of “socializing the foetus” can take place. On the other hand, there are instances in which the professionals describe foetal parts without coordinating verbal references with the image projected and with embodied reference. This “discoordination” among image, talk and gesture reveals a larger orientation to the professional domain, i.e., to the scan, but without disregarding the socialization of the being examined: the foetus that, beyond being medically assessed, is also introduced to the pregnant woman (and to the people who might accompany her) in the here-and-now interaction. When there are no explanations volunteered by the professionals, the pregnant women (and eventual companions) tend to initiate interactional sequences searching for information about the images and the foetal health. The results of this study point several technical contingencies, inherent to the context of foetal ultrasound, which can interfere in the achievement of answers deriving from the requests posed by the pregnant women. By means of the systematization of

the interactional activities in this context, we aim to contribute to both the professional practices of dealing with the need of orchestrating several verbal, embodied and technical resources in the management of the hybridism that constitute ultrasound scans, and to the pregnant women and companions, who, at least in the context observed, handle the possibility of the having the ultrasound scan as the only opportunity to see their foetuses alive.

Key-words: Multimodal Conversation Analysis. Fetal ultrasound. Health professional-patient interaction. Multiactivity. Information offer/request.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Um dos primeiros sistemas de ultrassonografia clínica.....	30
Figura 2 - Ultrassonografia em Glasgow em 1957	30
Figura 3 - Exemplo de imagem capturada pela gravação em vídeo das interações de Ostermann (2013)	64
Figura 4 - Organização geral da estrutura de ultrassonografias obstétricas e morfológicas	69
Figura 5 - Estrutura de participação da segunda etapa dos exames obstétricos e morfológicos	70
Figura 6 - Organização geral da estrutura de ecocardiografias fetais.....	71
Figura 7 - Planta das salas de ultrassonografia do HMI.....	72
Figura 8 - Organização da atividade de mostrar o feto.....	91
Figura 9 - Organização da atividade de descrever as imagens que surgem na rota	99
Figura 10 - Trajetória das multiatividades performadas durante ultrassonografias fetais.....	169
Figura 11 - Captura da filmagem dos dados de Nishizaka	172
Figura 12 - Relação preceptor/a-residente-paciente no contexto de ultrassonografia.....	175

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Convenções de transcrição linguístico-textuais	77
Quadro 2 - Convenções de ações corporificadas	77
Quadro 3 - Nomenclatura das/os participantes nas transcrições	79
Quadro 4 - Formatos e ações das sequências iniciadas por gestantes e acompanhantes.....	119
Quadro 5 - A orientação das/os profissionais em relação a variáveis técnicas e leigas	146
Quadro 6 - Valores do perfil biofísico: técnica e interpretação.....	154

SUMÁRIO

1 AS VOZES QUE MOTIVARAM ESTE ESTUDO.....	17
2 ULTRASSONOGRAFIAS FETAIS: UM POUCO DE SUA HISTÓRIA E A SITUAÇÃO BRASILEIRA	29
2.1 Tipos de Ultrassonografia Obstétrica	32
3 A SOCIOLOGIA E A ANTROPOLOGIA DA ULTRASSONOGRAFIA FETAL.....	33
4 ESTUDOS INTERACIONAIS SOBRE ULTRASSONOGRAFIAS FETAIS	41
5 METODOLOGIA.....	46
5.1 “Por que isso agora?”: A Conversa sob o Microscópio	46
5.2 A Virada Multimodal (ou Visual ou Corporificada) dos Estudos Interacionais	58
5.2.1 O que os Dados nos Mostram: Quando uma Restrição Amplia o Foco	64
5.3 Coleção de Dados.....	66
5.4 Contextos de Pesquisa e Participantes.....	67
5.4.1 O Hospital Materno-Infantil e seus/suas Participantes.....	67
5.5 A Entrada em Campo e a Coleta de Dados	73
5.6 A Transcrição dos Dados	74
5.7 A Organização das Coleções de Análise	75
6 ATRIBUINDO SIGNIFICADO ÀS IMAGENS.....	80
6.1 Sequências Iniciadas pelas/os Profissionais.....	80
6.1.1 Mostrando as Imagens	81
6.1.2 Descrevendo as Imagens	92
6.1.3 Discussão	99
6.2 Sequências Iniciadas pelas Gestantes e Acompanhantes	101
6.2.1 Solicitando Informações	104
6.2.2 Oferecendo Respostas Candidatas.....	109
6.2.3 Pescando Informações	115
6.2.4 Discussão	119
7 DAS IMAGENS ÀS ATRIBUIÇÕES DE SENTIDO SOBRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO.....	122
7.1 Sequências Iniciadas e Levadas ao Tópico Saúde pelas/os Profissionais	122
7.2 Sequências Iniciadas e Levadas ao Tópico Saúde pelas Gestantes e/ou Acompanhantes.....	125
7.3 Discussão	130

8 AVALIANDO A SAÚDE FETAL.....	133
8.1 Sequências Iniciadas pelas/os Profissionais.....	133
8.1.1 Anúncio de Informações com Avaliações	134
8.1.2 Avaliações	140
8.1.3 Anúncio de Informações sem Avaliações	144
8.1.4 Discussão	146
8.2 Sequências Iniciadas pelas Gestantes e Acompanhantes	147
8.2.1 Orientação para a Sequência Interacional ou Procedural	148
8.2.2 Orientação para a Imagem	152
8.2.3 Orientação para o Tópico Conversacional.....	157
8.2.4 Discussão	163
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	165
9.1 Contribuições para a Linguística Aplicada.....	169
9.2 Contribuições para a Análise da Conversa Multimodal.....	172
9.3 Contribuições para Prática Profissional na Ultrassonografia Fetal	174
REFERÊNCIAS	177

1 AS VOZES QUE MOTIVARAM ESTE ESTUDO

“A história da medicina é uma história das vozes. As vozes misteriosas do corpo: o sopro, o sibilo, o borborigmo, a crepitação, o estridor. As vozes inarticuladas do paciente: o gemido, o grito, o estertor. As vozes articuladas do paciente: a queixa, o relato da doença, as perguntas inquietas. A voz articulada do médico: a anamnese, o diagnóstico, o prognóstico. Vozes que falam da doença, vozes calmas, vozes ansiosas, vozes curiosas, vozes sábias, vozes resignadas, vozes revoltadas. Vozes que se querem perpetuar: palavras escritas em argila, em pergaminho, em papel; no prontuário, na revista, no livro, na tela do computador. Vozério, corrente ininterrupta de vozes que flui desde tempos imemoriais e que continuará fluindo.”

Moacyr Scliar em “A paixão transformada” (1996)

O trecho retirado do livro do escritor, professor e médico Moacyr Scliar eleva a voz, abrangendo todos os seus formatos – corporificados, interacionais e escritos – como ponto central para a medicina. A colocação do autor é tão forte que nos faz pensar na impossibilidade da existência da medicina sem as diversas vozes que a constituem. De fato, em um mundo cada vez mais tomado pela tecnologia, em que os diagnósticos e tratamentos são altamente dependentes de exames, uma reflexão sobre as diversas vozes que constituem as práticas médicas e sociais, em geral, torna-se altamente relevante para que a consciência do valor de uma interação humana não se dissipe em meio a tantas máquinas.

Uma das áreas da medicina que mais evolui em termos de tecnologia e que, consequentemente, passou por uma revolução na história das vozes que a constituem é a obstetrícia. A possibilidade de verificar o desenvolvimento fetal instantaneamente, que foi oportunizada pelo uso do ultrassom em gestações pelo obstetra escocês Ian Donald² em 1957, ofereceu aos/as profissionais e às famílias uma nova perspectiva de acompanhamento de gestações, ao ampliar consideravelmente seu nível de detalhamento e de controle (PORTER, 1997). Antes do uso das ultrassonografias fetais, as figuras parentais e obstetras apenas imaginavam como seriam os fetos e se baseavam no movimento fetal e em batimentos cardíacos para avaliar sua vitalidade. Hoje, mesmo antes de o movimento fetal ser perceptível fisicamente pela gestante, os exames de ultrassonografia já conseguem captá-lo.

Atualmente, a ultrassonografia fetal integra a lista de procedimentos que constituem os cuidados pré-natais no mundo inteiro, variando apenas em número de exames oferecidos

² Controvérsias sobre Donald ser o verdadeiro autor desse feito serão tratadas na revisão de literatura.

pelos serviços públicos em diferentes países³. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (doravante OMS) (WHO, 2016, p. xiv⁴⁵),

[u]m exame ultrassonográfico antes da 24ª semana de gestação é recomendado para estimar a idade gestacional, melhorar a detecção de anomalias fetais e gestações múltiplas, reduzir a indução de trabalho de parto em gestações prolongadas, e melhorar a experiência da mulher em relação à gestação.

Através dessa citação, percebe-se a orientação da OMS para recomendar o menor número de ultrassonografias possível. Contudo, a OMS elenca a melhora na experiência de gestar como uma das causas da recomendação desse tipo de exame. De fato, juntamente com o advento das ultrassonografias fetais, surgiram várias questões sociais a seu respeito: a questão ética sobre verificar anomalias e, assim, poder até interferir no desenvolvimento fetal (CASPER, 1998), através de cirurgias e tratamentos intrauterinos; a verificação do sexo fetal (CHAZAN, 2005, 2007; LARKIN, 2006; TAYLOR, 1998); a midiaticização da gestação (CHAZAN, 2005; 2007; MITCHELL, 2001; PETCHESKY, 1987; TAYLOR, 1998); a apreensão gerada por falsos diagnósticos (LAURITZEN; ÖHMAN; SALTVEDT, 2007); as questões econômica e pública sobre como regularizar o acompanhamento das ultrassonografias pré-natais (TAYLOR, 2008); os possíveis efeitos colaterais da exposição do feto a ondas sonoras e elétricas durante os exames (CAMPBELL; ELFORD; BRANT, 1993; BRICKER et al., 2000); o uso das ultrassonografias para a criação de um vínculo entre gestante e feto (ROBERTS, 2012); a promoção do uso de ultrassonografias por movimentos ativistas antiaborto (PALMER, 2009) etc.

Alguns estudos feministas têm discutido criticamente as implicações do uso do ultrassom por medicalizar a gestação (OAKLEY, 1986), apagar a figura da gestante da situação (BLAXTER, 2009; PETCHESKY 1987; STABILE, 1994), elevar o *status* do feto a um ser com direitos iguais ou maiores do que os da gestante (BERLANT, 1994; CASPER, 1998) e desvalorizar o conhecimento da mulher em relação à tecnologia e às imagens projetadas pela ultrassonografia (SANDELOWSKI, 1994b). Mesmo com esses apontamentos de estudos feministas sobre aspectos negativos, se a gestação está saudável, as gestantes tendem a reportar a ultrassonografia positivamente, como um elemento tranquilizador, além

³ Por exemplo, em se tratando de gestações normais, no Brasil, o pré-natal feito pela unidade pública de saúde contempla uma ultrassonografia fetal por trimestre; nos Estados Unidos, uma ultrassonografia é recomendada em toda a gestação; enquanto no Japão um exame por mês é recomendado.

⁴ Todas as citações diretas de textos originalmente escritos em língua inglesa foram traduzidas pela autora. Contudo, as versões originais dessas citações foram inseridas em notas de rodapé.

⁵ “One ultrasound scan before 24 weeks of gestation [...] is recommended for pregnant women to estimate gestational age, improve detection of fetal anomalies and multiple pregnancies, reduce induction of labour for post-term pregnancy, and improve a woman’s pregnancy experience.”

de ser uma oportunidade para se encontrarem com o bebê (BRICKER et al., 2000; MITCHELL, 2001; ROBERTS, 2012).

Contudo, dois aspectos são essenciais para que as ultrassonografias oportunizem tranquilização em uma gestação: (1) a normalidade do feto e (2) a compreensão das imagens fetais (JONSSON, 2007). Os/As ultrassonografistas não possuem controle sobre o primeiro aspecto, já que a normalidade do feto depende da evolução da gestação. O segundo aspecto, no entanto, está intimamente ligado à interação entre profissionais e gestantes, que, idealmente, as auxilia a construir sentidos das imagens projetadas. Ou seja, as gestantes e seus/suas acompanhantes, por serem majoritariamente leigos/as na técnica de interpretação de imagens ultrassonográficas, acabam se tornando dependentes dos/as profissionais que realizam os exames para “ver seu bebê em meio à serpeante massa de ecos cinza” (MITCHELL, 2001, p. 120⁶).

Porém, como ocorre essa interação entre profissionais e gestantes sobre as imagens, considerando que essa interação compete com a atividade clínica em curso, qual seja, a de avaliar a saúde fetal? Ademais, quando se trata de um contexto de gestações de médio e alto risco, os/as profissionais também explicam as imagens? E as gestantes são realmente dependentes das explicações dos/as profissionais? Com vistas a responder a essas questões, este estudo se dedica a investigar como ocorre a coconstrução da inteligibilidade das imagens fetais na e pela fala-em-interação de ultrassonografias gravadas em áudio e vídeo, em um hospital materno-infantil do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente em uma ala especializada em medicina fetal, que atende a gestações de médio e alto risco.

O presente estudo está inserido em um projeto de pesquisa maior coordenado por minha orientadora, Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann, e intitulado “Uma mulher, um feto, e uma má notícia: a entrega de diagnósticos de síndromes e de malformações fetais – em busca de uma melhor compreensão do que está por vir e do que pode ser feito” (2013). A fim de exemplificar a problemática sobre a qual este estudo em particular se debruça, apresentamos o Excerto 1, que faz parte de uma interação proveniente de um *script* da série *Friends*. O episódio em questão ocorre durante uma ultrassonografia obstétrica da personagem Rachel, que, acompanhada pelo pai do seu feto, Ross, revela dificuldades em compreender as imagens fetais.

⁶ “see their baby amidst the swirling grey mass of echoes”.

Excerto 1: *The One Where Rachel Tells...* (2001) – 8ª temporada

1 TÉCNICA: oka::y, everything looks goo::d
 oque::i, tudo parece be::m

2 (0.6)

3 TÉCNICA: here it is on the screen, (.) here is the uterus, (0.6)

4 a::nd (.) right he:↑re ((points at the screen))

5 (1.1) i::s your ↑baby
 aqui ele está na tela, (.) aqui está o útero, (0.6)
 e:: (.) bem a↑qui ((aponta para a tela))
 (1.1) é o seu bebê

6 (2.6)

7 ROSS: oh my goo::d
 a meu deus

8 (2.3)

9 RACHEL: wo:w
 uau

10 (3.3)

11 RACHEL: {{smiling} there it is I see it}
 {{sorrindo} ele está ali eu vejo ele}

12 (0.4)

13 TÉCNICA: congratulations
 parabéns

14 (0.4)

15 TÉCNICA: I'll give you two a minute.
 eu vou dar um minuto pra vocês.

16 ROSS: thank you.
 obrigado.

17 (5.3) ((A técnica sai da sala e Rachel começa

18 a chorar.))

19 ROSS: pretty amazing hã?
 impressionante não?

20 (1.1)

21 RACHEL: {{crying} I don't see it}
 {{chorando} eu não vejo ele}

 (4.1)

22 ROSS: what- what?
 o quê- o quê?

23 RACHEL: {{crying} I can't see: it}
 {{chorando} eu não consigo ve:r ele}

23 ROSS: but >you you< you just said that you ↑did
 mas >você você< você recém disse que ↑consequia

24 RACHEL: {{crying} I kno:w, I lied, I didn't want you to think

25 I was a terrible mother, I can't even see my own ↑baby::}
 {{chorando} eu se:i, eu menti, eu não queria que pensasse que
 sou uma mãe horrível, eu nem consigo ver meu próprio be↑bê::}

O Excerto 1 refere-se ao final da ultrassonografia fetal, aspecto que é observado pela apresentação de uma avaliação geral sobre a normalidade do feto (l. 1), seguida de uma explicação sobre as imagens que aparecem na tela (“o útero”, l. 3, e “o bebê”, l. 4-5). Depois

de uma pausa em que olham fixamente para a tela, Ross e Rachel demonstram que entenderam as informações através de interjeições (l. 7 e 9). Rachel expande sua demonstração de entendimento ao confirmar que vê o bebê (l. 11). Depois da saída da profissional da sala, Rachel começa a chorar. Ross se orienta para o choro de Rachel como uma demonstração de emoção ao ver seu bebê e solicita uma avaliação positiva (l. 19) da gestante. Rachel, por sua vez, não se alinha à solicitação de Ross, mas reclama que não enxerga o bebê (l. 21).

Obviamente, a comicidade da cena é proposital. Contudo, a interação revela algo que é inerente a exames de ultrassonografia: o acesso visual às imagens ultrassonográficas não garante a compreensão do que elas significam, já que esse contexto carece de uma “visão profissional” (GOODWIN, 1994) para “traduzir” a tecnicidade que o constitui. Logo, se a explicação dos/as profissionais é ineficiente, gestantes (e acompanhantes) podem sair do exame sem ter acesso ao que as imagens desse “encontro com o bebê” significam.

Realmente, as ultrassonografias fetais não são apenas um encontro da ciência com o feto antes de seu nascimento, mas também constituem o primeiro encontro da família com o bebê. Assim, Taylor (1998, 2008) argumenta que as ultrassonografias fetais constituem uma prática híbrida, em que os/as participantes se envolvem na construção de significados clínicos e sociais sobre o feto em observação. Mitchell (2001, p. 108⁷, grifo da autora) concorda com o argumento de Taylor (1998):

[d]urante estes escaneamentos, os/as sonografistas devem traduzir a física envolvida nas ondas – isto é, distinguir a anatomia maternal e fetal de ‘artefatos’ (ecos causados pela máquina ao invés de qualquer estrutura fetal ou maternal); mas, ao mesmo tempo, eles/elas também devem traduzir os significados clínicos e sociais dessas diferentes tons de cinza.

Com base nesse cenário, este estudo analisa as construções de significados clínicos e sociais realizadas por meio das vozes que constituem o evento ultrassonografia fetal, com vistas a defender que o hibridismo, i.e., a orientação para o que é clínico e o que é social nesse contexto, se dá *na e pela* interação. Desse modo, as sequências interacionais que contemplam o compartilhamento de informações sobre a imagem e sobre a saúde fetal são o foco do estudo, e a perspectiva teórico-metodológica da Análise da Conversa (doravante AC) (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 1974; SACKS, 1992, SCHEGLOFF, 2007) foi utilizada na descrição e na análise dos dados.

⁷ “During these scans, sonographers must translate the physics of echoes – that is, distinguish maternal and fetal anatomy from ‘artefacts’ (echoes caused by the machine rather than by any maternal or fetal structure); but at the same time, they must also translate the clinical and social meanings of these different shades of grey.”

O estudo etnográfico sobre ultrassonografias fetais desenvolvido por Chazan (2005, p. 259, grifo da autora) evidencia que “[a] participação dos médicos era um elemento fundamental no processo de transformação do feto em ‘bebê real’, presente ‘fora’ do ventre materno, por meio de diversos comentários que transformavam as imagens fetais, cinzentas e esfumaçadas, em um verdadeiro ‘neném’”. Assim sendo, os estudos antropológicos e sociológicos sobre ultrassonografia fetal, bem como a própria OMS, apontam que esses encontros não se restringem à obtenção de informações clínicas, mas também podem aumentar o vínculo entre progenitores e feto (ROBERTS, 2012).

Ao analisar interações durante exames físicos na medicina, Swartz (1998) argumenta que, se um/a profissional da saúde oferece vários comentários e para de fazê-los em algum momento do exame, o/a paciente imediatamente assumirá que há algo anormal. A fala de Brandon Buell, pai de uma criança com microhidranencefalia, corrobora a asserção de Swartz (1998). Nas palavras de Buel, “[d]epois do segundo ultrassom, na 17ª semana, quando descobrimos que era um menino, percebemos que algo estava errado, pois o técnico de ultrassom **observou o crânio e ficou muito quieto**” (BEBÊ..., 2015, grifo nosso). Conforme a observação de Buel (BEBÊ..., 2015), o silêncio em ultrassonografias fetais pode indicar que há algo de errado com o feto (NISHIZAKA, 2014a). Ou seja, em contextos de interação médico/a-paciente, os/as interagentes se orientam para pausas interacionais – e consequente para ausência de fala – como pistas de más notícias nesse contexto (DENNEY-KOELSCH; CÔTÉ-ARSENAULT; LEMCKE-BERNO, 2015; LARSSON et al., 2010).

Em nossos dados, os/as profissionais estão com o olhar direcionado para a tela da ultrassonografia. As pacientes, por sua vez, têm algum acesso – mesmo que restrito – às imagens, já que olham para a mesma tela do/a profissional. O que ocorre é que, apesar de terem algum acesso à imagem comentada e/ou avaliada pelo/a profissional, as pacientes, em sua maioria, não têm expertise médica (PERAKYLA, 1998) para compreender as imagens. Dessa forma, a menos que os/as profissionais avaliem as informações comentadas, as pré-condições para que as gestantes ofereçam uma resposta aos comentários estão ausentes (POMERANTZ, 1984).

O estudo de Maynard, Cortez e Campbell (2016) sobre sequências de avaliações⁸ em consultas oncológicas com pacientes terminais de câncer de pulmão revela que as avaliações positivas sobre os resultados de exames evocam o entendimento dos/as pacientes do

⁸As sequências de avaliações (*Appreciation sequences*) são compostas pelos seguintes turnos (MAYNARD; CORTEZ; CAMPBELL, 2016, p. 95): 1. Profissional: proposta de evento louvável; 2. Paciente: recibo ou concordância; 3. Profissional: solicitação de avaliação; 4. Paciente: amostra de avaliação; 5. Profissional: concordância, recibo ou aprovação.

tratamento no que tange ao prolongamento da vida. Em outras palavras, o *status* epistêmico⁹ dos/as profissionais lhes permite traduzir as informações contidas nos exames e, conseqüentemente, realizar avaliações sobre o sentido dessas informações, i.e., se elas devem ser compreendidas como boas ou más notícias. Logo, o posicionamento epistêmico¹⁰ das/os pacientes é modificado no turno a turno dessas interações, de modo que elas/eles saem de um *status* em que não sabem como avaliar os resultados dos exames e passam, a partir das informações oferecidas pelos/as profissionais, a ter subsídios para fazê-lo.

Neste estudo, os exames foram gravados em um hospital-escola contemplado com um programa de residência médica na área de medicina fetal, i.e., profissionais da medicina, já graduadas/os, são admitidas/os no hospital para adquirir experiência prática, mediante supervisão de um/a preceptor/a. Assim, a maior parte dos atendimentos que compõem o *corpus* deste estudo é realizada por residentes e supervisionada por preceptores/as. Como resultado desse contexto, há diversas situações em que as/os médicos/as falam entre si sobre o que veem na tela sem necessariamente “traduzir” essas informações para uma linguagem não técnica. Esse tipo de estrutura de participação ocasiona implicações ao atendimento, principalmente no que tange à falta de orientação para as pacientes nas fases de ensino-aprendizagem entre preceptores/as e residentes.

Outra característica importante do contexto de pesquisa se refere ao fato de se tratar de uma ala que atende a gestações de médio e alto risco. Conforme Brasil (2012, p. 9), gestações de risco são aquelas que “apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe”. Alguns dos fatores geradores de risco gestacional são: (a) características individuais e condições sociodemográficas da gestante, como idade maior de 35 anos; (b) história reprodutiva anterior, como abortamento habitual; (c) condições clínicas prévias, como hipertensão arterial; e (d) intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual, como diabetes gestacional e malformações fetais (BRASIL, 2012). Assim, o contexto de pesquisa em que os dados foram gerados é aprioristicamente delicado, de modo que a possibilidade de verificação de características que compreendem más notícias é iminente.

Em outros exames imagéticos, como a radiografia e a tomografia, o agravante de se tratar de um contexto de alto risco não constituiria um problema interacional para as/os profissionais, pois esses exames são realizados sem a copresença das partes. No entanto, Chazan (2007) aponta que a ultrassonografia permite que os/as participantes (profissional e

⁹ Compreendemos *status* epistêmico como a qualidade de possuir conhecimento sobre determinado assunto e o direito de articular esse conhecimento (HERITAGE, 2013).

¹⁰ Posicionamento epistêmico é compreendido aqui como a expressão interacional relativa ao domínio de determinado conhecimento (HERITAGE, 2013).

gestante) interajam sobre as imagens de forma *online*, i.e., durante a realização do exame. Logo, a interação que ocorre nos exames de ultrassonografias, principalmente obstétricas, dá espaço para tensões, já que “a maior parte das clientes – e respectivos acompanhantes – é ativa, questionadora e demandante” (CHAZAN, 2007, p. 116).

Uma das possibilidades de tópicos interacionais tratados durante esse tipo de atendimento se refere à saúde fetal. Jonsson (2007) observa, através de um estudo etnográfico sobre a comunicação em ultrassonografias fetais na Suíça, que existem negociações sobre a normalidade fetal entre profissionais e progenitores, devido às diferentes perspectivas que cada participante apresenta nas interações. A perspectiva dos/as profissionais está orientada para a tarefa a ser desempenhada: comparar as imagens do feto em questão com parâmetros clínicos, de modo a detectar qualquer anormalidade (JONSSON, 2007). Por outro lado, a perspectiva dos progenitores, que é chamada de perspectiva cotidiana, visa a inserir os fetos dentro de um contexto biográfico. Dessa forma, de acordo com Jonsson (2007), enquanto as figuras parentais enxergam as imagens de *um bebê*, os/as profissionais enxergam *um feto* a ser avaliado de acordo com normas clínicas.

Essa disparidade de perspectivas, por vezes, culmina em um distanciamento de expectativas sobre a ultrassonografia e em uma necessidade de negociações interacionais sobre as imagens. Para as figuras parentais, além de a ultrassonografia ser o primeiro documento médico do bebê, ela também se constitui na primeira “fotografia” e no primeiro contato com esse/a novo/a membro/a da família (SANDELOWSKI, 1994a; MITCHELL, 2001; CHAZAN, 2005; 2007). Dessa forma, as fronteiras entre o que é clínico e o que é social nas ultrassonografias fetais se tornam tênues ao longo das interações. Profissionais e pacientes apresentam comportamentos e expectativas diferentes, de maneira que os elementos sociais e clínicos são frequentemente colocados em tensão (MITCHELL, 2001; TAYLOR, 2008). Segundo Roberts (2012, p. 137¹¹), “os elementos clínicos adentram os prazeres sociais do exame e as expectativas sociais do exame interrompem seus objetivos clínicos.” Logo, uma análise interacional de como (e se) essa tensão se dá na fala, de modo a descrever (e refletir sobre) as minúcias interacionais que constituem as multiatividades performadas nesse contexto, pode ser elucidativa no que tange à capacitação dos/as profissionais que lidam com essa tarefa no seu dia a dia.

Nesse sentido, a realização deste estudo através do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada (doravante LA) da Unisinos se faz relevante, uma vez que a filosofia do

¹¹ “[...] the clinical elements intrude on the social pleasures of scanning and the social expectations of scanning disrupt its clinical aims.”

programa prevê, assim como argumentado por Barth-Weingarten (2008, p. 92¹², grifo nosso), que a LA não se restringe ao estudo de ensino e aprendizagem de línguas, mas “[...] que lida com a descrição, a explicação e a solução para problemas práticos da interação verbal em *todas as esferas da vida social*, incluindo aqueles campos em que questões éticas estão envolvidas”.

Um dos problemas inerentes a esse contexto é explicitamente mencionado através da reclamação de uma gestante em um aconselhamento genético, o qual consiste em outro tipo de atendimento realizado no hospital em que os dados do projeto de Ostermann (2013), utilizados nesta pesquisa, foram gerados. O geneticista pergunta à gestante e a sua acompanhante o que elas entenderam sobre a malformação que o feto apresenta. Contudo, até o momento em que o aconselhamento genético aconteceu, a gestante havia feito somente as ultrassonografias fetais e, portanto, responde com base no que entendeu daquelas interações:

Excerto 2: HMF_ACONGEN_dara_JEFERSON_04_02_14

- 1 JEFERSON: mas o que que foi colocado aqui pra vocês
 2 que vocês entenderam
 3 (.)
 4 DARA: é: é que eles não ↑falam na:da eles fa:zem e tu só-
 5 (.) eles conversam entre e:les ali >as coisa
 6 que a gente< não en↑tende o que eles tão falando.

A pergunta do geneticista é otimista, no sentido de pressupor que a gestante e sua acompanhante entenderam alguma coisa sobre a situação do feto ao longo das ultrassonografias fetais. No entanto, a gestante quebra essa pressuposição com sua resposta, ao reclamar que os/as profissionais que realizam as ultrassonografias (“eles”, l. 4-6, refere-se aos/às médicos/as residentes e preceptores/as que realizam as ultrassonografias no hospital) não falam com a gestante e as/os acompanhantes – apenas conversam entre si sobre aspectos que elas não compreendem.

É sabido que as ultrassonografias fetais não são compreendidas como ambientes propícios para a entrega de diagnósticos e que, no hospital onde os dados foram gerados, as notícias diagnósticas são entregues pelo/a obstetra que receberá a paciente na consulta de pré-natal, ou pelo geneticista, caso a paciente seja diretamente encaminhada ao aconselhamento genético. No entanto, é preciso considerar a angústia dessa gestante e de tantas outras que

¹² “[...] which deals with the description, explanation, and solution of practical problems in verbal interaction in all spheres of social life, including those fields where ethical issues are involved.”

veem seus fetos durante longas¹³ ultrassonografias fetais realizadas nessa ala de gestações de alto risco, sem saber o que se passa com eles. Tendo em vista esse contexto, esta investigação visa a descrever essas interações, de modo a refletir sobre e, idealmente, contribuir para a disseminação de práticas comunicativas que permitam que as gestantes saiam das salas de ultrassonografia com alguma compreensão das imagens fetais.

Vale ressaltar que pesquisas relacionadas a esse tema se tornam especialmente relevantes no contexto atual brasileiro, devido ao aumento de ocorrências de microcefalia e de outros danos cerebrais em bebês cujas mães foram infectadas pelo Zica vírus. Os dados do projeto de Ostermann (2013) foram gerados antes de a relação entre o vírus e a microcefalia fetal ser estabelecida. Contudo, como as interações gravadas tratam de gestações de médio e alto risco, acredita-se que elas possam sensibilizar interacionalmente os/as profissionais que, além de lidarem com os medos comuns a qualquer gestação, atualmente também lidam com as preocupações oriundas dessa relação entre o vírus e a microcefalia.

Apesar da existência de um número crescente de estudos sociológicos e antropológicos acerca de exames pré-natais de ultrassonografia (CHAZAN, 2005, 2007; GREEN; STATHAM, 1996; HEYMAN et al., 2006; JONSSON, 2007; LAURITZEN; ÖHMAN; SALTVEDT, 2007; MARKENS et al., 2009; MITCHEL, 2001; REID et al., 2009; REMINNICK, 2006; ROTHMAN, 1988; TAYLOR, 1998, 2008; WILLIAMS et al., 2005, *inter alia*), tem-se conhecimento apenas dos estudos de Nishizaka (2014a, 2014b, 2013, 2011), Silva (2014), Egewarth (2016), Mossmann (2015) e Geisel (2017), que exploram as ultrassonografias obstétricas através da Análise da Conversa de base etnometodológica.

Os estudos japoneses são os que mais se aproximam da proposta desta pesquisa, pois analisam sequências de diferenciação e de demonstração em ultrassonografias fetais de rotina com gestações regulares (NISHIZAKA, 2014a, 2014b, 2013, 2011). Entretanto, além de a estrutura geral dos exames japoneses ser distinta dos atendimentos no contexto brasileiro, a diferença crucial dos trabalhos de Nishizaka, se comparados a esta proposta de pesquisa, recai justamente sobre o tipo de atendimento analisado: os estudos japoneses analisam ultrassonografias fetais de rotina com gestações regulares, enquanto os dados deste estudo consistem em ultrassonografias fetais em gestações de médio e alto risco que pertencem ao *corpus* de dados maior do projeto de pesquisa de Ostermann (2013). Ou seja, o zelo das/os profissionais de nossos dados para encontrar ou confirmar uma anomalia é reforçado, já que

¹³ As ultrassonografias coletadas duram de dez a cento e vinte minutos em média.

os exames em questão foram solicitados sob a suspeita de que as gestações apresentassem algo “anormal”.

Quanto aos estudos brasileiros, todos são oriundos do projeto maior de pesquisa da Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann (2013), no qual esta tese também se insere. O primeiro deles foi realizado por Silva (2014), que também analisa ultrassonografias fetais de rotina com gestações regulares em uma clínica particular, com o objetivo de investigar como o tópico *parto* emerge nas interações e de sistematizar o conceito de orientação, largamente utilizado na Análise da Conversa. Os estudos de Egewarth (2016), Mossmann (2015) e Geisel (2017) investigam a mesma coleção de dados analisada nesta tese. Contudo, os tópicos de pesquisa são divergentes. Egewarth (2016) analisa como um aspecto linguístico – a saber, perguntas com partículas negativas – opera na implementação de ações interacionais que emergem nessas ultrassonografias e em aconselhamentos genéticos gravados no mesmo hospital. O estudo de Mossmann (2015) descreve como a empatia emerge através da fala-em-interação nas ultrassonografias fetais. Já o estudo de Geisel (2017) investiga as sequências interacionais de instrução que ocorrem entre residentes e preceptoras/es.

Dessa forma, o estudo aqui proposto se justifica por três motivos principais: (1) a necessidade de descrição interacional das tensões já apontadas em estudos sociais e antropológicos sobre a construção de significados em ultrassonografias fetais; (2) a escassez de estudos, em nível nacional e internacional, que analisam essas interações através da AC; e (3) a inexistência de estudos sobre a construção de sentido das imagens fetais em ultrassonografias de médio e alto risco sob a perspectiva da AC.

A partir da realização deste estudo, almejamos disseminar os resultados alcançados de modo a:

- a) contribuir para a elaboração de materiais e/ou oficinas de capacitação que visem a sensibilizar os/as profissionais da saúde que realizam ultrassonografias cotidianamente a refletirem sobre práticas comunicacionais humanizadoras nesse contexto;
- b) contribuir para o desenvolvimento de habilidades de comunicação na graduação médica e no período de especialização durante a residência médica, por meio da reflexão que a análise desses dados proporciona;

- c) estender os resultados para áreas afins, como a ecografia aplicada à beira do leito¹⁴, que vem sendo realizada com frequência, de modo a ampliar o cenário de compreensão sobre interação entre médico e paciente.

De modo geral, quando iniciamos a realização deste estudo, visávamos a desenvolver uma análise microinteracional, com vistas a conhecer o entrelaçamento das “vozes” que lidam com a necessidade de harmonização entre visão profissional e leiga para constituir esses encontros da família e da ciência com o feto antes do seu nascimento. Contudo, no desenrolar do desenvolvimento do trabalho, percebemos que, além das vozes, os/as participantes desse contexto também orquestram imagem, corpo e máquina, de modo a coconstruírem sentido acerca das massas acinzentadas que surgem na tela. Assim, esta tese propõe uma reestruturação da ideia de Scliar – sobre “a história da medicina ser uma história das vozes” –, com vistas a adaptá-la ao nosso contexto de pesquisa. A nossa proposta seria a seguinte: *a história das ultrassonografias fetais é uma história de vozes, imagens, corpos e tecnologia*.

No que se refere à estrutura do trabalho, a revisão bibliográfica foi organizada em três capítulos, de modo a ordenar as pesquisas revisadas, partindo de um escopo geral sobre o tema até chegar ao limiar desenvolvido nesta proposta de tese. Dessa forma, o segundo capítulo visa a situar as ultrassonografias fetais em termos de estudos históricos; o terceiro apresenta estudos sociológicos e antropológicos sobre o tema; e o quarto revisa estudos que analisam ultrassonografias fetais por um viés interacional. Em todas as partes da revisão bibliográfica, buscamos apresentar uma relação entre os estudos revisados e a análise de dados desenvolvida nesta tese.

O capítulo de metodologia abrange uma revisão breve sobre a Análise da Conversa, seguida de uma subseção que apresenta a Análise da Conversa Multimodal, já que esta, devido à natureza dos dados, tornou-se uma ferramenta crucial para a investigação empreendida aqui. Ainda na seção de metodologia, apresentamos informações sobre o contexto de pesquisa, participantes, entrada em campo e procedimentos de transcrição e análise dos dados.

Os capítulos analíticos estão divididos conforme a orientação das/os participantes para o que é social, i.e., a compreensão das imagens fetais que subjetivam o feto como pessoa (e.g.,

¹⁴ A ultrassonografia à beira do leito, também chamada de emergencial, é definida por Moore e Copel (2011) como o exame levado ao local onde o/a paciente se encontra, de modo a obter imagens em tempo real para uso do/a próprio/a profissional que está atendendo aquele/a paciente. Ou seja, a grande diferença é que o/a ultrassonografista é o/a próprio/a médico/a, e não um/a profissional intermediário entre o atendimento clínico e o exame.

partes da face, pernas, mãos, pés etc.); e para o que é clínico, i.e., informações relacionadas à saúde fetal (e.g., peso fetal, movimentos respiratórios, líquido amniótico etc.).

Por fim, concluímos o trabalho com a apresentação de um último excerto, o qual embasa uma discussão sobre as diversas multiatividades que permeiam essas interações e sobre as características do trabalho interacional performed para dar conta delas. A discussão final abre espaço para a apresentação das contribuições do estudo para as áreas em que ele se insere: Linguística Aplicada, Análise da Conversa Multimodal e Ultrassonografia.

2 ULTRASSONOGRAFIAS FETAIS: UM POUCO DE SUA HISTÓRIA E A SITUAÇÃO BRASILEIRA

Conforme Leavitt (1986), a partir de 1898, dois anos após sua descoberta, raios-X começaram a ser usados para verificar o tamanho da cabeça fetal em casos obstétricos com complicações e, mais tarde, para “confirmar a gestação, determinar o índice cefalopélvico (o tamanho da cabeça fetal em relação ao diâmetro pélvico materno) antes do nascimento e procurar anomalias no esqueleto fetal” (MITCHELL, 2001, p. 26¹⁵). A partir da década de 1920, apareceram as primeiras preocupações a respeito dos efeitos da irradiação para a saúde. Contudo, apenas em 1956¹⁶ os hospitais começaram a limitar o uso de raio-X em gestações, devido ao estudo de Alice Stewart, que confirmou a ligação entre câncer infantil e a exposição a raio-X no útero (OAKLEY, 1986).

Até 1957, as imagens de raio-X, mesmo que danosas à saúde fetal, eram a única “janela” para o útero. A solução para esse problema, que foi a utilização da ultrassonografia para verificação do desenvolvimento fetal, curiosamente surge após o desastre com o Titanic, que desencadeou o desenvolvimento da técnica de ultrassom para a detecção de icebergs (YOXEN, 1987). O uso da ultrassonografia foi expandido na II Guerra Mundial, quando a técnica passou a ser utilizada para detectar submarinos também (YOXEN, 1987).

Em 1947, os irmãos austríacos Karl Theo e Friedrich Dussik juntaram seus conhecimentos de neurologia e física e foram os primeiros a utilizar a ultrassonografia para realizar diagnósticos médicos, e o foco da aplicação era descobrir anormalidades nos ventrículos do cérebro (HAGEN-ANSERT, 2001; YOXEN, 1987). A Figura 1 ilustra um dos

¹⁵ “[...] confirming the pregnancy, determining the cephalopelvic index (the ration of fetal head size to maternal pelvic diameter) prior to labour, and searching for skeletal anomalies”.

¹⁶ O episódio 6 da temporada 2 da série britânica ‘*Call the Midwife*’ (Chame a Parteira), que é baseada nos livros de Jeniffer Worth sobre suas memórias enquanto parteira nos anos 1950, retrata o uso de raio-X para a triagem da população, incluindo gestantes, que passava por uma epidemia de tuberculose.

primeiros sistemas de ultrassonografia clínica utilizados, em que um tanque da torre de artilharia de um avião modelo B-52 com um carrinho do transdutor era movido em uma trajetória de 360° em torno do/a paciente (HAGEN-ANSERT, 2001).

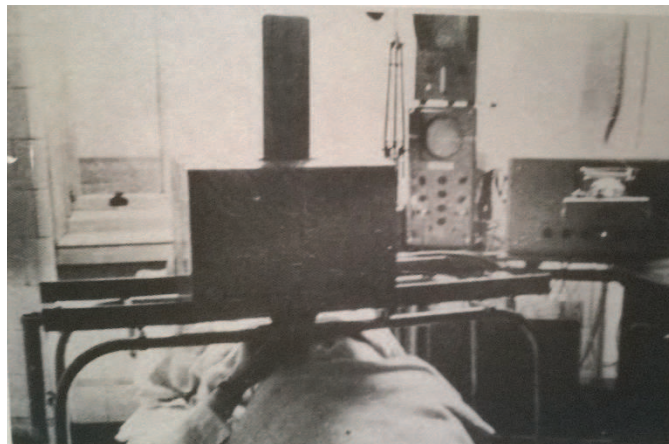
Figura 1- Um dos primeiros sistemas de ultrassonografia clínica



Fonte: Hagen-Ansert (2001, p. 5).

Já a aplicação da técnica de ultrassonografia à obstetrícia, conforme já mencionado anteriormente, foi desenvolvida pelo médico escocês Ian Donald em 1957, que conheceu o ultrassom quando trabalhou na II Guerra Mundial (YOXEN, 1987). O primeiro sistema de ultrassonografia desenvolvido por Donald é ilustrado na Figura 2.

Figura 2 - Ultrassonografia em Glasgow em 1957



Fonte: Donald (1980 apud OAKLEY, 1986, p. 159).

Donald recebeu o título de “progenitor” da ultrassonografia obstétrica. Entretanto, Oakley (1986) questiona esse mérito ao defender que Donald foi motivado a utilizar o ultrassom para medir o diâmetro biparietal fetal (i.e., largura do crânio) e a monitorar o crescimento fetal intrauterino depois de perceber que uma das enfermeiras de sua equipe, Marjorie Marr, utilizava o aparelho de ultrassom para determinar a posição fetal.

Atualmente, a técnica atingiu patamares tão avançados que é possível adquirir aparelhos de ultrassonografia para uso pessoal através de *sites*¹⁷ de compra. Conforme Taylor (2008), nos países europeus, parteiras, enfermeiros/as, técnicos/as em radiologia e médicos/as de várias especialidades são os/as profissionais que executam os exames. Já nos Estados Unidos, desde 1969, os exames são executados por especialistas não médicos/as, chamados de técnicos em ultrassonografia. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Ultrassonografia¹⁸, que é associação encarregada de reger a utilização da técnica no país, restringe a execução de exames a médicos/as especializados/as em ultrassonografia.

Conforme o Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério Brasileiro (BRASIL, 2005), inexistente uma comprovação científica de que as ultrassonografias obstétricas de rotina diminuam a morbidade e a mortalidade perinatal ou materna. Dessa forma, deixar de realizar ultrassonografia durante a gestação “não constitui omissão, nem necessariamente diminui a qualidade do pré-natal”. (BRASIL, 2005, p. 29). Por outro lado, quando há fatores que enquadram a gestação em alguma situação de médio ou alto risco, como no caso de diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, gestação gemelar, suspeita de malformação fetal, oligoidrânio – pouco líquido amniótico – ou poli-idrânio – muito líquido amniótico –, *inter alia*, (BRASIL, 2012), as ultrassonografias obstétricas são necessárias para a avaliação da vitalidade fetal. Também está comprovado que, nesses casos, existem intervenções que reduzem a morbimortalidade perinatal (BRASIL, 2005).

Bruns et al. (2012), entre diversas críticas ao serviço de ultrassonografia obstétrica realizado no Brasil, fazem um apelo à padronização das ultrassonografias obstétricas. Os autores argumentam que, como os exames de ultrassonografia dependem do/a profissional que os realiza, do equipamento utilizado e das condições maternas e fetais para realmente identificar possíveis malformações – seguindo o modelo de países como os Estados Unidos, por exemplo –, a criação de uma espécie de *checklist* nacional que mencione os aspectos que não podem deixar de ser analisados é imprescindível para que os exames sejam realizados uniformemente,

¹⁷ Uma busca por “aparelho de ultrassonografia” no seguinte *site* resultou em inúmeras opções de produtos: <<http://lista.mercadolivre.com.br/aparelho-de-ultrassonografia>> Acesso em 16 de maio de 2016.

¹⁸ <<http://sbus.org.br/>>.

sem prejuízos resultantes de eventuais esquecimentos do/a profissional em aferir medidas que possam ser importantes.

A próxima seção apresenta os tipos de ultrassonografia no contexto da obstetrícia.

2.1 Tipos de Ultrassonografia Obstétrica

Mesmo sabendo que o serviço de ultrassonografia obstétrica brasileiro carece de padronização (BRUNS et al., 2012), o objetivo desta subseção é explicar brevemente algumas diferenças entre tipos de exames que compõem o *corpus* deste estudo, a saber, 60 ecografias obstétricas, 17 ecografias morfológicas e 37 ecocardiografias, totalizando 114 interações.

De acordo com Bruns, Araujo Júnior e Nardozza (2012), a literatura carece de informações sobre quando o termo ultrassonografia morfológica foi criado e como ele difere do exame obstétrico de rotina. De uma forma geral, os autores (2012) avaliam que o exame obstétrico é mais simples, visando a avaliar o peso fetal, o líquido amniótico e a placenta. Já o exame morfológico é mais detalhado e tem maior capacidade diagnóstica, uma vez que seu objetivo é realizar diversas medidas da anatomia fetal.

Conforme o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério (SÃO PAULO, 2010, p. 51), a ultrassonografia obstétrica

[...] é um recurso útil na assistência pré-natal, mas as decisões terapêuticas devem ser baseadas no raciocínio clínico. Caso a gestante inicie o pré-natal precocemente, o primeiro ultrassom pode ser realizado entre 10-13 semanas para avaliação de translucência nuchal, como rastreamento de cromossomopatias. O segundo exame, ou na eventualidade de que apenas um seja factível ou esteja disponível, deve ser realizado entre 20-24 semanas, pois nessa época a biometria fetal indica com relativa precisão a idade gestacional e possibilita a *avaliação morfológica fetal*. Ultrassonografias adicionais devem ser solicitadas, dependendo da suspeita clínica.

Ou seja, através da citação acima, parece que a ultrassonografia obstétrica é *uma* modalidade de exame através da qual uma *avaliação morfológica fetal* é possível entre a 20ª e a 24ª semana. Ainda, no caso de diabetes gestacional, o mesmo Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério (SÃO PAULO, 2010, p. 140) indica a realização de “ultrassonografia obstétrica no 1º trimestre, para a determinação da idade gestacional; e ultrassonografia morfológica, entre 16-20 semanas, para rastrear malformações fetais”. Aqui, os exames são tratados como distintos. Consequentemente, concordamos com Bruns, Araujo Júnior e Nardozza (2012) sobre a necessidade de esclarecimento sobre as diferenças entre um exame e outro. É possível concluir, no entanto, que o exame morfológico, ou a avaliação morfológica, é mais completo. Observamos que, neste trabalho, para fins de compilação dos dados, nomeamos as interações

gravadas como ecografias obstétricas e morfológicas, conforme nossas anotações de campo sobre como os/as profissionais se referem aos exames em cada encontro.

Já as ecocardiografias fetais são claramente definidas como exames dedicados à identificação de cardiopatias congênitas. Esses exames, conforme Stamm e Drose (2011), podem ter alto impacto no cuidado obstétrico, pois, uma vez realizada a identificação de alguma cardiopatia congênita, é possível planejar ações atinentes ao tipo de parto adequado à situação, ao lugar onde o parto pode ser realizado – de modo que seja em um serviço equipado para oferecer o apoio de que o bebê possivelmente precise ao nascer – e à terapia intrauterina. Além disso, em alguns países, é possível também decidir sobre o aborto.

Consoante Stamm e Drose (2011), ecocardiografias fetais são indicadas no caso de identificação das seguintes condições médicas durante a ultrassonografia obstétrica: anormalidade cardíaca, hidropsia, polidrâmnio, arritmia fetal, anomalias cromossômicas, anomalias extracardíacas, histórico familiar de cardiopatias congênitas, doenças da gestante (diabetes, por exemplo), exposição a agentes teratogênicos e translucência nuchal aumentada. A melhor idade gestacional para a realização de ecocardiografias fetais é entre a 18ª e a 22ª semana, pois antes da 18ª semana o coração fetal é muito pequeno, comprometendo a resolução da imagem; já depois da 22ª semana, a visualização das imagens cardíacas pode ser comprometida pela ossificação fetal e pela baixa quantidade de líquido amniótico (STAMM; DROSE, 2011).

O capítulo a seguir apresenta estudos sociológicos e antropológicos sobre o tema.

3 A SOCIOLOGIA E A ANTROPOLOGIA DA ULTRASSONOGRAFIA FETAL

Além do que já foi discutido na seção introdutória deste trabalho, esta seção se dedica a revisar, com maior detalhamento, quatro estudos sociológicos e antropológicos sobre ultrassonografias fetais desenvolvidos em âmbito internacional, especificamente na América do Norte e no Reino Unido. Ao final deste capítulo, o estudo brasileiro desenvolvido por Chazan (2005, 2007) é revisado. Ao longo da seção, também são tecidas algumas comparações entre os estudos apresentados e a investigação proposta nesta tese.

O estudo de Sandelowski (1994a), realizado através de entrevistas gravadas em áudio, transcritas e convertidas em arquivos etnográficos com 62 casais americanos durante a gestação, descreve como uma tecnologia, originalmente desenvolvida para fins de diagnóstico médico, adquire outros significados e usos. Um desses usos está diretamente ligado ao foco da

investigação empreendida nesta tese, qual seja, a referência de Sandelowski (1994a, p. 263¹⁹) a uma série de estudos que defendem que algumas gestantes sentem “[...] conforto e prazer em ver a imagem fetal, particularmente quando a visualização é combinada com *feedback* narrativo adequado.” No nosso estudo, não utilizamos entrevista. Portanto, não temos acesso às impressões das gestantes sobre esse assunto para além do que elas expressam ao longo dos próprios exames que coletamos. No entanto, o Excerto 3, que faz parte do final de uma ultrassonografia obstétrica de uma gestação de 36 semanas, ilustra bem essa questão:

Excerto 3: HMF_ECOOBST_sabrina_DEISE_27_11_13 (10m38s V)

RES=RESIDENTE; PRE=PRECEPTORA; GES=GESTANTE; ACO=ACOMPANHANTE

1 RES: então tá guri::a
 2 (1.5)
 3 PRE: TRÊs cento e trinta SÓ
 4 (1.2)
 5 GES:: °°m:: tá bo:m°°
 6 RES: {{rindo} tá bom (ela ficô vendo) tá ↑bom}
 7 [hehehhh .hh]
 8 GES:: [mas não deu pra] ver bem hoje né::
 9 ACO: m↓m
 10 (.)
 11 RES: é que o nenê- quanto maio:r que o nenê fica,
 12 mais difícil de ↑ve:r=
 13 GES:: =não deu pra ve:r
 14 o::s braci:nho, [↑na:da]
 15 RES: [é::] ele tá:- ali ele fica:-
 16 (0.5) tu tem que pensá o seguin↑te é um nenê (.)
 17 que: o↑cupa uma barriga,=
 18 GES::: =°m::h::°=
 19 RES: =a me::sma
 20 barriga >desde< o início. (.) então >ele<
 21 cre::sce, ele não te::m mu:i↑to muita coisa
 22 pra se mexê ali de::ntro
 23 GES:: °°ãrrã°°
 24 (0.5)
 25 RES: e:: assim, quanto ↑ma:is a gente vê é: ã:
 26 avança e gestação pior pra ver os- as- ã-
 27 (0.8) perni:::nha, braci::nho, (.) é pio::r
 28 GES:: °m:hm:°
 29 (1.2)
 30 RES: >isso é-< o que acontece com todos os nenês
 31 (1.0)
 32 RES: a gente é xxxxx
 33 RES: °°m::hm::°°
 34 (1.7)

¹⁹ “[...] comfort and pleasure from seeing the fetal image, particularly when the visualization is combined with the right narrative feedback.”

35 RES: boa sorte pra ti:
 36 GES:: {{rindo} brigada}
 37 RES: só ajuda ela a descê que tem uma
 38 escada ali que é perigosa
 39 (3.1) ((Residente e Preceptora saem da sala.))
 40 GES:: a:i horrível
 41 (0.6)
 42 ACO: m:?=
 43 GES:: =esperá até agora pra ela não mostrará nada
 44 (3.4)
 45 GES:: dava pra ver bem o rostinho né:
 46 só ela querer mostrará tsk
 47 (6.7)
 48 ACO: (agora tem) outra consu::lta?
 49 GES:: te::m até uma e meia tem que ficá aí
 50 (2.0)
 51 ACO: eu vou te esperá

A residente sinaliza que o exame chegou ao fim (l. 1). Em seguida, a preceptora informa o peso fetal (l. 3), que é avaliado positivamente pela gestante (l. 5) e pela residente (l. 6), respectivamente. Então, a gestante inicia uma reclamação, por meio de um pedido de concordância, sobre não ter sido possível “ver bem” nessa consulta (l. 8). O acompanhante concorda com a reclamação da gestante imediatamente (l. 9), e a residente oferece uma justificativa sobre a impossibilidade de ver pautada no tamanho fetal, que impede a visualização clara de todas as partes. Depois que as profissionais saem da sala (l. 39), a gestante faz uma avaliação negativa sobre o atendimento (“a:i horrível”, l. 40). O acompanhante inicia um reparo²⁰ de classe aberta²¹ (l. 41), para o qual a gestante se orienta como uma solicitação de esclarecimento sobre a natureza da avaliação, à qual ela responde salientando sua frustração, devido à falta de vontade da profissional em mostrar o feto (l. 43, 45-46).

Ao encontro disso, as figuras parentais participantes da pesquisa de Sandelowski (1994a) relataram que tiveram de aprender a ver a imagem ultrassonográfica como um feto e que enfrentavam muitas dificuldades em perceber alguma coisa nas imagens confusas que viam na tela; assim, os/as profissionais precisam treiná-las e encorajá-las a compreender o

²⁰ Silva, Andrade e Ostermann (2009, p. 12), baseadas em Schegloff, Jefferson e Sacks (1977), definem o fenômeno de reparo como “o momento em que os participantes param a interação para lidar com mal-entendidos da ordem da fala, da audição ou do entendimento. Quando um problema acontece na interação e há a necessidade de se esclarecer o que foi dito para que a conversa siga o seu fluxo, dá-se uma iniciação de reparo. Essa iniciação de reparo pode ser feita: a) pelo falante corrente (autorreparo) ou b) pelo ouvinte (reparo iniciado por outro). Ao ser iniciado pelo falante corrente, o reparo pode ser levado a cabo: (i) pelo próprio falante ou (ii) pelo ouvinte. Quando iniciado pelo ouvinte (reparo iniciado por outro), o reparo pode ser levado a cabo: (i) pelo falante ou (ii) pelo próprio ouvinte (o chamando ‘reparo iniciado e levado a cabo pelo ouvinte’)”.

²¹ Iniciadores de reparo de classe aberta são elementos linguísticos, tais como “desculpa”, “o quê”, “ã”, “m:?” , que fazem o/a falante anterior realizar um reparo no turno subsequente sem, no entanto, especificar a fonte do problema a ser reparado (DREW, 1997).

significado das imagens. Os casais também relataram que compreendem as ultrassonografias fetais mais como um momento de familiarização com o novo membro da família do que como um exame médico. Logo, aspectos como a identificação de semelhanças de características físicas e comportamentais entre o feto e as figuras parentais e/ou outros familiares geralmente emergem durante a realização desses exames, conforme Sandelowski (1994a) aponta. Além dessas observações, outro ponto interessante revelado pelo estudo de Sandelowski (1994a) refere-se ao fato de algumas mulheres compreenderem a ultrassonografia fetal como um modo de envolverem seus parceiros na experiência da gestação.

Como mencionado na seção introdutória, Taylor (1998) desenvolve um estudo sociológico, feminista e antropológico que descreve os ultrassons obstétricos de rotina realizados em uma clínica localizada em um hospital em Chicago, Estados Unidos. No estudo, que é expandido pela mesma autora em 2008, argumenta-se que as ultrassonografias obstétricas se constituem como uma prática híbrida, uma vez que os significados sociais são incorporados na rotina clínica – tanto pelas práticas de tirar uma fotografia do feto para as figuras parentais levarem para casa quanto pelo fato de se oferecer um monitor extra, para que as gestantes possam assistir à ultrassonografia. Consequentemente, o uso das ultrassonografias como uma prática clínica, cuja maior função seria tranquilizar as famílias, é deixado em segundo plano, e a noção de vínculo acaba recebendo maior atenção no contexto estudado por Taylor (1998, 2008).

Em relação a “ultrassonografias obstétricas de vínculo”²², o estudo de Roberts (2012) descreve a construção de sentido de imagens 3/4D durante esse tipo de serviço em três clínicas do Reino Unido. De acordo com Roberts (2012), as ultrassonografias obstétricas de vínculo são exames destinados a oferecer às figuras parentais um período para visualizar o feto sem realizar medidas clínicas, mas com o objetivo específico de tirar algumas fotos e de aumentar o vínculo entre a família e o feto.

Por meio de anotações de campo e de transcrições advindas dessas anotações, Roberts (2012) observa que o/a ecografista identifica as partes do corpo, da face e a pose do feto, enquanto as figuras parentais começam a se engajar na função de decodificar as imagens de maneira hesitante (e.g., “Aquilo é o pé?”²³) e, em seguida, mais assertivamente (“Olha, dá pra ver a boquinha dele mexendo.”²⁴). Assim, Roberts (2012, p. 142²⁵) argumenta que, nesse

²² “*bonding scans*”.

²³ “Is that the foot?” (ROBERTS, 2012, p. 142).

²⁴ “Look, you can see his little mouth moving.” (ROBERTS, 2012, p. 142).

²⁵ “[t]he participation of the pregnant women and Family members is necessary to making the narration more personalized.”

contexto, “[a] participação das gestantes e dos/as membros/as da família é necessária para fazer a narrativa mais personalizada”.

Além disso, os dados de Roberts (2012) revelam que o processo de codificação é mais colaborativo através das seguintes práticas: (a) comparação de semelhanças físicas e pessoais do feto com alguma das figuras parentais; (b) relação da personalidade do feto com a sua pose (e.g., tímido – difícil de verificar via imagem –, ou extrovertido – de fácil visualização); e (c) análise de como as imagens se relacionam ao que a gestante sente (como desconforto, por exemplo). Sobre esse último aspecto, Roberts (2012) postula que, diferentemente de alguns estudos feministas (DRAPER, 2002; PETCHESKY, 1987; SANDELOWSKI, 1994b) que apontam a valorização da superioridade do conhecimento tecnológico pelos/as profissionais e até pelos parceiros das gestantes, em detrimento do conhecimento corporificado (*embodied*) da gestante, a análise das ultrassonografias de vínculo evidencia que as gestantes participam ativamente no processo de reconhecer e relacionar as imagens ao seu próprio corpo, através de perguntas e comentários sobre o tamanho fetal, a posição em que o feto se encontra em relação à barriga da gestante, seus movimentos e a sensação que eles geram no seu corpo.

Voltando a tratar de ultrassonografias de rotina, cujo maior objetivo, em tese, seria o clínico, a antropóloga Lisa Meryn Mitchell desenvolve o primeiro livro dedicado exclusivamente ao assunto, que resulta de um estudo etnográfico: *Baby's First Picture: Ultrasound and the Politics of Fetal Subjects* (2001). A obra reporta uma pesquisa sobre o tema desenvolvida no Canadá, através da qual Mitchell (2001) aponta a dependência das gestantes das explicações dos/as ecografistas sobre as imagens que aparecem na tela. Contudo, o processo de tradução das imagens não é unilateral, uma vez que as gestantes e seus/suas acompanhantes interagem com a tela como se o bebê já tivesse nascido, admiram-no, falam como bebês e até conversam com a imagem (DRAPER, 2002; MITCHELL, 2001; ROBERTS, 2012).

Mitchell (2001) utiliza a definição de Haraway (1991), que associa as ultrassonografias obstétricas a atos de tradução ou de codificação, através dos quais “[...] sinais tecnologicamente produzidos (ecos refletidos) são traduzidos em afirmações significativas sobre o mundo.” (MITCHELL, 2001, p. 108²⁶). A proposta de uma análise interacional de ultrassonografias obstétricas torna-se especialmente relevante na medida em que, conforme defendido por Mitchell (2001), o significado das imagens fetais se dá através da interação entre ultrassonografistas, gestantes e eventuais acompanhantes.

²⁶ “[...] technologically produced signs (reflected echoes) are translated into meaningful statements about the world.”

Conforme a antropóloga, devido à necessidade de detalhamento das medidas fetais e à grande demanda de pacientes, as ultrassonografias fetais são comumente tomadas por longos períodos de silêncio, para que os/as profissionais tenham condições de realizar o trabalho mais rapidamente. Em uma conversa informal com um dos profissionais que realiza ultrassonografias fetais no contexto de pesquisa do projeto de Ostermann (2013), foi-nos relatado que, idealmente, os/as ultrassonografistas deveriam ficar separados/as das gestantes e acompanhantes de alguma forma durante os exames. O profissional argumenta que essa separação evitaria a necessidade de diálogo durante os exames, o que, muitas vezes, “atrapalha” o trabalho do/a ultrassonografista, que precisa se concentrar para captar determinadas imagens.

Por outro lado, apesar do constante silêncio observado nas ultrassonografias, Mitchell (2001) também observa que os/as ultrassonografistas conversam com as gestantes para descrever as imagens, para perguntar sobre a gestação atual e (eventuais) gestações anteriores, para responder a perguntas e, em certa medida, para engajar as figuras parentais na conversa. Considerando tal aspecto, ressaltamos que o foco deste estudo é justamente descrever, através de uma análise microinteracional, como se dá essa conversa sobre as imagens, com o foco no modo como os/as participantes fazem sentido das imagens fetais.

Vale pontuar que a realização de um estudo como o aqui proposto pode servir à Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS) (BRASIL, 2004, 2015), pois investigações sobre a interação entre profissionais da saúde e usuários/as podem resultar em formas de aprimorar os atendimentos, tornando-os mais acolhedores e eficazes. Independentemente do que os dados revelarem, é possível utilizá-los para aperfeiçoamento dos atendimentos das seguintes maneiras: (1) pela descrição de práticas comunicacionais humanizadoras que já existem e que podem servir de exemplo para profissionais em formação (ou em processo de formação continuada); (2) pela descrição de práticas interacionais desumanizadoras, que, ao serem analisadas por meio de pesquisas como esta, podem ser evitadas.

Em âmbito nacional, o trabalho que mais se aproxima da pesquisa aqui proposta se refere à tese de doutorado de Chazan (2005), publicada em livro em 2007. A antropóloga realiza um estudo sobre ultrassonografias obstétricas através de observações etnográficas de cerca de 200 exames realizados em três clínicas particulares do Rio de Janeiro, durante o ano de 2002. A autora conclui que a ultrassonografia obstétrica propicia a construção de diversos significados subjetivados a partir de imagens cinzentas e esfumaçadas que transformam o feto em Pessoa:

É na interação entre gestantes, profissionais e acompanhantes que os médicos ‘ensinam’ as gestantes a ver, nas sombras cinzentas esfumadas, os seus ‘bebês’ subjetivados, generificados, ativos e sobretudo ‘interativos’, com quem ‘conversam’, a quem dão ordens. [...] É, sobretudo, nessa interação que é produzida a pedra de toque de toda uma engrenagem no que tange ao presente estudo. A pedra de toque a que me refiro é o *prazer de ver* as imagens fetais. Ao ser produzido este prazer, é alavancado o consumo dessas estranhas imagens: o novo ente é ‘apresentado’ à família por meio da exibição doméstica de vídeos, constroem-se ‘verdades’ médicas e não médicas acerca da gestação e do feto, e este se torna parte de um espetáculo (CHAZAN, 2007, p. 209, grifo da autora).

Resumidamente, a autora destaca três momentos importantes em ultrassonografias fetais nos quais a referência ao feto o transforma em Pessoa: (1º) a visualização do embrião no saco gestacional, que ocorre no exame entre a 6ª e a 8ª semanas gestacionais, em que o feto é comumente referenciado como “Dois centímetros de bebê!”; (2º) o bebê passa a ser referenciado como “seu bebezinho com braços e pernas”, durante o exame de translucência nugal²⁷, entre a 11ª e a 13ª semana de gestação; e (3º) a referência a “ele” ou a “ela”, no momento em que se identifica o sexo fetal, que ocorre a partir da 15ª semana gestacional (CHAZAN, 2007).

A parte do estudo de Chazan (2005, 2007) que mais se aproxima desta investigação refere-se a dois conjuntos de atuações dos/as profissionais: as chamadas “respostas genéricas” e as “respostas específicas” (CHAZAN, 2007, p. 85-86). Chazan (2007, p. 85) denominou de “respostas genéricas um tipo de ação que à primeira vista não parecia estar vinculada a uma demanda evidente e que dava a impressão de ser uma prática ‘espontânea’ ou ‘ativa’ do médico em relação à gestante”. Mesmo não sendo, de fato, uma “resposta”, a autora explica que utilizou esse termo “para evidenciar que, a rigor, a ‘espontaneidade’ ou a ‘atividade’ correspondem a uma demanda subjacente que, embora presente, não é necessariamente explicitada durante o exame” (CHAZAN, 2007, p. 85). Dessa forma, a autora verifica que as respostas genéricas são atuações ligadas à atividade de “mostrar o neném” (2007, p. 87), conforme a nomenclatura emicamente utilizada pelos/as participantes das clínicas investigadas.

Chazan descreve ainda quatro usos da atividade de mostrar o neném através de respostas genéricas. O primeiro uso se refere a “ensinar a ver” (“Olha... fica aqui a cabeça!”; “Ó o coração... tá vendo?”; “Parece uma tartaruga...” (CHAZAN, 2007, p. 88-89). O segundo uso da atividade de mostrar o neném visa a tranquilizar a gestante e/ou acompanhantes (“Tá tudo ótimo”; “Nota dez pr’ esse neném”; “Tá joia”; “Tá tudo bem” etc.) (CHAZAN, 2007, p. 89). O terceiro uso do

²⁷ Esse exame é realizado entre a 10ª e a 12ª semana de gestação para medir a espessura da pele da nuca do feto, pois todas as alterações cromossômicas graves (trisomias 21, 18, 13 e síndrome de Turner estão associadas à translucência nugal aumentada) (FIGUEIREDO et al., 2012).

mostrar o neném objetiva fazer a gestante achar bonito o que vê (“Olha que bonitinho”; “Bonitinho” etc.) (CHAZAN, 2007, p. 91-92). Finalmente, o quarto uso consiste em determinar o sexo fetal (“Olha o pintinho...aí, ó”; “Tem o falo” etc.) (CHAZAN, 2007, p. 93).

O outro tipo de atuação sobre negociações em torno das imagens fetais descrita no estudo de Chazan (2005, 2007), as respostas específicas,

[...] ocorriam em circunstâncias nas quais o profissional era afetado de modo patente pelo o que acontecia na sala, tendo como resultado interferências variadas na rotina do exame. Pareciam ocorrer em reação a tensões no ambiente, geralmente relacionadas a algum diagnóstico adverso – potencial ou já existente –, a brigas entre o casal, a demandas diretas advindas de gestantes ou acompanhantes muito angustiados, ou ao tumulto causado pela ingerência desses últimos exames (CHAZAN, 2007, p. 93-94).

Um exemplo de “resposta específica” dos dados de Chazan (2005, 2007) que se assemelha com o que encontramos em nossos dados refere-se ao atendimento dos/as profissionais às demandas das gestantes.

G: e o peso?

Dr. Henrique: Está tudo tranquilo.... tem 24 para 25 semanas... [Já terminando o exame e limpando o gel do abdômen da gestante, percebe que esqueceu algo. Ri coloca a sonda sobre o abdômen de G.] Esqueci as medidas cefálicas. Ela está com 709g (CHAZAN, 2007, p. 100).

Veremos, através da análise de dados desenvolvida nesta tese, que as gestantes do contexto estudado também solicitam o peso fetal. Nesses momentos, percebe-se que a prática de oferecer as informações solicitadas é a mesma descrita por Chazan (2005, 2007) como respostas específicas. Contudo, a nomenclatura utilizada e a metodologia de análise de dados empreendida nesta pesquisa em muito se diferem do estudo proposto pela pesquisadora. O que Chazan (2005, 2007) nomeia de “respostas genéricas” e “respostas específicas” são o que chamamos de “sequências de oferta de informação iniciadas pelas profissionais” e “sequências de oferta de informação derivadas de solicitações das gestantes e/ou acompanhantes”. Ou seja, a prática interacional é a mesma; porém, além da nomenclatura e da metodologia diferentes, os resultados dos estudos também são distintos.

De modo geral, Chazan (2005, 2007) revela como as respostas genéricas e específicas criam uma socialização visual, baseada em uma cultura visual acerca do feto. Consequentemente, o uso da ultrassonografia fetal opera para a medicalização e a subjetivação da gravidez. Trata-se de resultados mais amplos se comparados aos resultados que esperamos alcançar com esta investigação, que se restringe a observar como sequências interacionais iniciadas pelas/os profissionais, gestantes e/ou acompanhantes – ou respostas

genéricas e específicas, para usarmos os termos de Chazan (2005, 2007) – operam para o entendimento (ou não) das imagens fetais, através da descrição linguística detalhada de como eles acontecem na fala-em-interação.

Outra grande diferença entre o estudo de Chazan (2005, 2007) e este se refere à natureza dos dados: a maioria dos dados da autora são provenientes de sessões ultrassonográficas de gestações normais, enquanto todos os dados aqui analisados referem-se a ultrassonografias de gestações que envolvem algum risco. Além disso, Chazan (2005, 2007) desenvolve seu estudo em três clínicas particulares de ultrassonografia, ao passo que o estudo aqui proposto investiga ultrassonografias de um hospital-escola público. Esses fatos contribuem para várias diferenças interacionais que organizam esses dois contextos. Nesse sentido, no que se refere aos dados analisados nesta tese, observamos ainda que o consumismo e a espetacularização das imagens presentes do estudo de Chazan (2005, 2007) cede espaço a um cenário de preocupação, conforme será abordado no capítulo analítico.

A seguir, elencamos estudos que analisam ultrassonografias fetais por um viés interacional.

4 ESTUDOS INTERACIONAIS SOBRE ULTRASSONOGRAFIAS FETAIS

Como mencionado anteriormente, os estudos interacionais que mais se assemelham à proposta desta tese são os desenvolvidos pelo pesquisador Aug Nishizaka. É majoritariamente com base nesses estudos que esta subseção se organiza. No Japão, contexto em que os dados dos estudos de Nishizaka (2014a, 2014b, 2013, 2011) são gerados, parteiras são legalmente autorizadas a trabalhar em hospitais ou clínicas, desde que possuam um contrato com algum/a obstetra (NISHIZAKA, 2007, 2009). O papel do/a obstetra, nos casos em que as gestações são acompanhadas por parteiras, circunscreve-se a realizar exames e intervenções quando as gestações apresentam alguma anormalidade. Dessa forma, os dados de Nishizaka (2014a, 2014b, 2013, 2011) envolvem ultrassonografias performadas por médicos/as obstetras e por parteiras. No Brasil, como já mencionado anteriormente, as ultrassonografias são realizadas por médicos/as obstetras – fato que, em comparação com outros países, seria louvável, segundo sugere Machado (2012).

No que concerne aos resultados dos estudos de Nishizaka, o autor argumenta que, apesar de o propósito oficial das ultrassonografias fetais ser a verificação da saúde fetal e intrauterina, as/os profissionais que realizam esses exames tendem a “demonstrar para as gestantes o desenvolvimento fetal normal e a condição uterina em vez de visualizar a tela

silenciosamente” (NISHIZAKA, 2014b, p. 40²⁸, grifo nosso). Nesse sentido, as vozes das/os ultrassonografistas também se tornam uma ferramenta de trabalho importante. Conforme Nishizaka (2011, p. 311²⁹, grifo do autor),

[a] principal sequência em exames de ultrassonografia pré-natal pode ser chamada de uma ‘sequência de diferenciação’, na qual as sombras cinzas que aparecem na tela do monitor são estruturadas para que a localização de uma parte do corpo do feto ou do interior da gestante seja discriminada de seus arredores.

Os/As profissionais convidam as gestantes a fazer a diferenciação do que aparece na tela, referindo-se às imagens com o uso de expressões dêiticas acrescidas da parte fetal: “Este é X / Aqui está X / Esta localização é X” (NISHIZAKA, 2011, p. 314³⁰). Além disso, os/as profissionais do estudo de Nishizaka (2011) frequentemente apontam para o monitor da ultrassonografia no momento exato em que proferem o nome da parte do corpo do feto a qual se referem. Outra característica que marca a ação implementada como um convite à diferenciação se refere à presença da partícula “*ne*” ao final dos turnos, que, em japonês, marca pedidos de confirmação de que as gestantes reconhecem os referentes indicados. Há algumas instâncias em que os/as profissionais adicionam descritores das formas das partes a que estão se referindo (e.g., “redondo”) às práticas de nomear e de apontar para aquilo que convidam as gestantes a diferenciar. Contudo, os/as profissionais também realizam convites à diferenciação quando produzem turnos de fala compostos por uma palavra (como “bexiga”, por exemplo), sem expressões dêiticas ou partículas “*ne*”, mas acompanhados do gesto de apontar. Ou seja, o gesto de apontar acaba sendo um recurso definidor da ação de convidar a ver nessas instâncias.

O convite à diferenciação é a primeira parte do par adjacente³¹ que forma o que Nishizaka (2011, p. 318³²) chama de “sequência de diferenciação”³³; nesse caso, a segunda parte do par é constituída pela afirmação ou demonstração de diferenciação pela gestante:

Profissional da saúde: Convite para diferenciar uma estrutura

²⁸ “[d]emonstrate to pregnant women the normal development of the foetal and uterine condition rather than viewing the screen silently”.

²⁹ “The core sequence in prenatal ultrasound examinations can be referred to as a ‘differentiation sequence’, in which the grey shades on the monitor screen are structured so that the location of a fetal body part or the woman’s interior is discriminated from its surroundings.”

³⁰ “This is X / Here is X / This location is X’ format”.

³¹ A definição do conceito de ‘par adjacente’ está alocada na seção de metodologia.

³² “Healthcare professional: Invitation to differentiate a structure

[Sequence-initiation]

Pregnant woman: Claim or display of the differentiation

[Sequence-completion]

³³ “*differentiation sequence*”.

	[Iniciação da sequência]
Gestante:	Afirmação ou demonstração de diferenciação
	[Conclusão da sequência]

Além de analisar a sequência de diferenciação, o estudo de Nishizaka (2011, p. 322³⁴, grifo do autor) descreve o fenômeno “[...] ‘sequência de *demonstração*’ para se referir à sequência maior que inclui sequências de diferenciação e suas expansões.” Dois tipos de pós-expansões dessas sequências são brevemente referidos pelo autor: os que demonstram a normalidade do feto ao apresentar sua localização no útero gestante e a repetição do nome e da localização da parte fetal apresentada.

No entanto, as pré-expansões observadas nos dados de Nishizaka (2011, p. 324³⁵) ganham mais espaço em seu estudo, uma vez que elas desempenham as seguintes ações: (1) “[...] oferecem uma característica da imagem inteira da tela, que serve como a agenda para a sequência de diferenciação que segue” e (2) “[...] contribuem para a transmissão da imagem inteira na tela para um local particular no abdômen da mulher.” Dessa forma, as pré-expansões operam como comentários procedurais sobre o que será visualizado naquele momento e onde a parte visualizada se localiza no abdômen da gestante.

Com as pré-expansões, as gestantes ganham alguns subsídios para iniciar a sequência de diferenciação, pois, depois de uma pré-expansão que avisa que uma parte genérica – como o rosto, os órgãos, o tórax etc. – do feto apareceu na tela, é possível restringir as opções que aparecerão em seguida. Logo, essa prática oportuniza algumas dicas às gestantes para que possam demonstrar sua habilidade independente de reconhecer, nas imagens, as partes do feto que são anunciadas na pré-expansão.

A análise microinteracional das ultrassonografias feita por Nishizaka (2011) chega a uma conclusão em nível macrossocial que já havia sido discutida em alguns estudos como os de Mitchell (2001) e de Taylor (2008), que argumentam que a ultrassonografia permite uma objetificação do feto como uma entidade separada do corpo da gestante. Nishizaka (2011) defende que a objetividade e a separatividade no feto nas ultrassonografias é realizada através das sequências de demonstração e de diferenciação que permeiam essas interações.

³⁴ “[...] ‘*demonstration* sequence’ to refer to the larger sequence that includes differentiation sequences and expansions from them”.

³⁵ “[...] provides a feature of the entire image on the screen, which serves as the agenda for the differentiation sequences that ensue [...] contributes to the assignment of the entire image on the screen to a particular location on the woman’s abdomen”.

Mesmo que Nishizaka (2014a) concorde que as demonstrações em ultrassonografias obstétricas sejam um tipo de comentário *online*³⁶ (HERITAGE; STIVERS, 1999), ele opta por chamá-las de “sequências de demonstração”, baseando sua decisão no argumento de que as sequências de demonstração, em ultrassonografias obstétricas, requerem que as gestantes também percebam as imagens, o que não ocorre nos comentários *online*. Esse mesmo argumento é utilizado pela socióloga Monika Büscher e pela enfermeira ultrassonografista Gloria Jensen³⁷, no estudo que desenvolveram sobre interações gravadas durante ultrassonografias em um hospital dinamarquês. Büscher e Jensen (2007) também concordam que a ultrassonografista analisada produz ações que se assemelham aos comentários *online* no que concerne à formulação de uma evidência sensorial médica, mas que se diferem dos comentários *online* em relação ao convite para que as gestantes vejam os referentes comentados.

Na mesma linha argumentativa de Nishizaka (2014a) e Büscher e Jensen (2007), neste estudo, também percebemos uma semelhança entre os comentários *online* e as sequências iniciadas pelas/os ultrassonografistas ao referenciar as imagens na tela. No entanto, devido ao fato de o acesso visual a esses referentes ser compartilhado pelas/os profissionais e leigas/os no contexto de ultrassonografia, concordamos com Nishizaka (2014a) e Büscher e Jensen (2007) que o conceito de comentário *online* não se aplica a esse contexto. Todavia, como veremos na seção de análise, nossos dados abrangem a ação de convidar as gestantes e acompanhantes a diferenciar as imagens fetais, criando uma sequência interacional, conforme descrito por Nishizaka (2014a); mas também observamos turnos em que as/os profissionais apenas descrevem verbalmente algumas partes fetais, sem engajamento para fazer gestantes e acompanhantes ver as imagens. Então, percebemos que as ações performadas pelas/os profissionais do nosso contexto consistem em sequências para mostrar imagens, tais quais as

³⁶ Com base em consultas pediátricas e em consultas de atenção primária à saúde de adultos, Heritage e Stivers (1999) foram os pioneiros na análise interacional do fenômeno chamado comentário *online*. Consoante Heritage e Stivers (1999, p. 1503), os comentários *online* podem apontar para sinais presentes ou ausentes no exame físico e são apresentados em dois formatos básicos: “(i) como relatos de observações, ‘Eu quase não consigo sentir os ovários’; ‘Eu não vejo nenhum líquido’; ‘Um pouco vermelho’ ou (ii) como avaliações do que é observado, ‘E o seu útero está ã: (9.0) está bem’; ‘Seus ouvidos parecem be:m’; ‘Este aqui parece perfeito’”. Como relatos de observações, os comentários *online* fazem a ação de informar os/as pacientes sobre os aspectos que o/a profissional pode identificar sensorialmente como presentes ou ausentes. Por sua vez, os comentários *online* no formato de avaliações oferecem uma espécie de “tradução” do que esses aspectos percebidos sensorialmente significam em termos de normalidade. Porém, em ambos os formatos, o acesso visual aos referentes comentados é exclusivo ao/a profissional.

³⁷ As autoras fazem parte de um do projeto chamado “PalCom” – maiores informações sobre o projeto podem ser acessadas pelo link <<http://www.ist-palcom.org/>>), que é a abreviação de “palpable computing”, cujo interesse é prever quais tipos de traduções dos processos ou estados computacionais são apropriados para que usuários/as distintos/as, em diferentes situações, consigam fazer sentido do que as tecnologias estão fazendo.

observadas por Nishizaka como “convite à diferenciação”, e em turnos com descrições das imagens, sem convite e esforço interacional para fazer ver.

A seguir, apresentamos uma descrição do aporte teórico-metodológico que serviu de base para a realização deste estudo, bem como trazemos maiores informações sobre o contexto da pesquisa e a natureza dos dados.

5 METODOLOGIA

Quando planejamos esta pesquisa, partimos da ideia de utilizar somente a Análise da Conversa (doravante AC) como base para a análise de dados. Contudo, a natureza dos dados gerados, gravados em áudio e vídeo, permite-nos ter acesso mais amplo às ações verbais coordenadas aos recursos multimodais, corporificados, tecnológicos e materiais acionados pelas/os participantes desse contexto na construção de suas ações interacionais. Para ampliarmos nosso escopo de análise, de modo a dar conta desses aspectos visuoespaciais, utilizamos a Análise da Conversa Multimodal. Nesta seção, apresentamos primeiramente uma subseção que lida com aspectos históricos e conceituais da AC e, em seguida, organizamos uma subseção sobre a Análise da Conversa Multimodal.

A segunda metade do capítulo de metodologia é dedicada ao contexto de pesquisa propriamente dito. Nele, apresentamos informações sobre o *corpus*, sobre o hospital onde os dados foram gerados, sobre as/os participantes da pesquisa, bem como sobre o processo de entrada em campo, coleta e transcrição dos dados.

5.1 “Por que isso agora?”: A Conversa sob o Microscópio

A perspectiva teórico-metodológica da Análise da Conversa (doravante AC), cujo desenvolvimento pelos sociólogos Harvey Sacks, Emanuel Schegloff e Gail Jefferson teve início por volta de 1960, será utilizada para a análise dos dados. Chomsky (1965), entre outros autores da época, argumentava que a conversa era um caos e que, portanto, não era passível de análise e de sistematização. No entanto, Sacks, Schegloff e Jefferson (1974) acreditavam e mostraram, através da análise de dados naturalísticos³⁸, que a conversa é organizada e que essa organização é tácita aos/às falantes (GOODWIN; HERITAGE, 1990).

Cameron (2001, p. 89³⁹) compara a abordagem microanalítica da AC a “[...] colocar um floco de neve no microscópio para observar a sua complexidade em detalhes”. Essa comparação é fidedigna, visto que a AC foi inspirada na Etnometodologia (doravante EM), que foi desenvolvida pelo sociólogo Harold Garfinkel (1967). Conforme Watson e Gastaldo (2015, p. 13, grifo dos autores), o principal objeto de interesse da EM é investigar

³⁸ Dados naturalísticos são compreendidos aqui como interações que independem da presença de um/a pesquisador/a para acontecerem, i.e., são interações que existiriam com ou sem a realização do estudo em questão.

³⁹ “[...] putting a snowflake under the microscope to examine its complexity and detail”.

[o]s métodos usados pelas pessoas comuns da sociedade para dar sentido às coisas do mundo [...] referindo-se ao estudo (logos) dos métodos usados pelas pessoas/grupos (ethnos) em suas vidas cotidianas, entendidos como processos de produção de sentido. Assim, temos etno+método+logia.

A AC utiliza os princípios da EM para descrever os métodos utilizados pelos/as participantes ao agirem por meio da fala-em-interação, com o foco em descrever como as pessoas se organizam para fazer sentido enquanto conversam. Para tanto, interações naturalísticas são gravadas em áudio e/ou vídeo e transcritas⁴⁰, comumente, conforme as convenções propostas por Jefferson (1984).

Assim, Sacks, Schegloff e Jefferson (1974) mostram como a fala é organizada e que essa organização se fundamenta na seguinte questão tratada tacitamente pelos/as participantes ao longo das interações: “por que isso agora?” (SCHEGLOFF; SACKS, 1973, p. 299). Para respondermos a essa questão, e assim podermos continuar a interação, atribuímos sentido às produções de nossos/as cointeragentes, com base na posição e na composição de seus enunciados (SCHEGLOFF, 1993). Clift, Drew e Local (2013) explicam a orientação para análise de posição e composição da seguinte forma: um turno de fala é um objeto interacional, cujo entendimento é moldado pelo seu contexto próximo, i.e., a sequência temporal e interacional na qual um turno ocorre, de modo que sua posição também determina sua estrutura (fonética, sintática e lexical). Assim, as práticas ou estruturas linguísticas são produtos emergentes de ações, turnos e respostas implementadas momento a momento na interação.

A análise de dados pela perspectiva da AC se dá por meio do estudo sobre a sequencialidade dos turnos de fala, em busca de regularidades. Portanto, por meio dessa abordagem, não são analisadas a intenção, a vontade, o pensamento dos/as interagentes – salvo as situações em que essas características aparecem na fala, pois, nesse caso, elas são passíveis de descrição. O foco da análise refere-se às ações realizadas através de cada turno de fala, o qual consiste no espaço interacional que cada falante tem para realizar uma contribuição para a conversa (SOUZA; OSTERMANN, 2012). Os turnos de fala contêm pelo menos uma unidade de construção de turno (doravante UCT), i.e., uma contribuição de fala que tem “início, meio e fim bem definidos” (WATSON; GASTALDO, 2015, p. 102). Contudo, as UCTs não são determinadas pela sua composição gramatical, i.e., não precisam ser enunciados gramaticalmente completos para fazer sentido, mas a sua adequação é

⁴⁰ As próximas seções tratam da gravação e da transcrição dos dados a serem utilizados nesta tese.

atribuída pelos/as participantes de acordo com a sequência interacional em que estão inseridas.

A atribuição de sentido das UCTs é decorrente de pistas prosódicas, sintáticas, semânticas e pragmáticas que indicam ao/à próximo/a falante se quem está falando ainda tem coisas a dizer, ou se outra pessoa pode tomar o turno. Assim, essas pistas definem o que Sacks, Schegloff e Jefferson (1974) chamam de lugar relevante para a transição de turno⁴¹ (LRT), que são espaços interacionais em que o/a falante corrente se aproxima da completude de uma UCT, tornando, assim, a transição para um/a próximo/a falante possivelmente relevante. Conforme Schegloff (2007) alerta, os LRT não determinam que uma transição deva necessariamente acontecer, mas eles possibilitam uma transição sem que haja interrupção da fala anterior.

A partir de investigações microanalíticas da fala-em-interação, Sacks, Schegloff e Jefferson (2003[1974]) desvendaram um conjunto de regras através das quais os/as interagentes sistematizam a troca de turnos, de modo a diminuir intervalos de tempo e sobreposição de fala entre um turno e outro. Vejamos.

(1) Para qualquer turno, no primeiro lugar relevante para a transição de uma primeira unidade de construção de turno:

(a) Se o turno até aqui está construído de modo a envolver o uso de uma técnica de ‘falante corrente seleciona o próximo’, então a parte assim selecionada tem o direito e é obrigada a tomar o turno seguinte para falar; nenhuma outra parte possui tais direitos ou obrigações, e a transferência ocorre naquele lugar.

(b) Se o turno até aqui está construído de modo a não envolver o uso da técnica de ‘falante corrente seleciona o próximo’, então a autosseleção para a próxima vez de falar pode ser instituída, mas não necessariamente; quem inicia primeiro adquire o direito ao turno, e a transferência ocorre naquele lugar.

(c) Se o turno até então é construído de forma a não envolver o uso da técnica de ‘falante corrente seleciona o próximo’, então o falante corrente pode, mas não precisa continuar, a menos que outro se autosseleccione.

(2) Se, no primeiro lugar relevante para a transição de uma primeira unidade de construção de turno, nem 1a e nem 1b operaram, e, seguindo a provisão 1c, o falante corrente continuou, então o conjunto de regras a–c reaplica-se no próximo lugar relevante para a transição e recursivamente a seguir em cada lugar relevante para a transição, até a transferência ser efetivada (SACKS; SCHEGLOFF; JEFFERSON, 2003[1974], p. 16-17).

Para ilustração do sistema de troca de turnos, selecionamos um exemplo de cada regra a partir dos nossos dados. Vejamos.

⁴¹ *Transition relevance place.*

Regra 1a – Falante corrente seleciona a próxima falante através do endereçamento pelo pronome “tu” e pelo nome “Sandra”, (l. 2).

Excerto 4: HMF_ECOOBST_sandra_DEISE_05_11_13_19m50

- 1 (34.1)
 2 JOÃO: **tu** agora tá com quantas semanas ↑ **sandra**
 3 (0.5)
 4 SANDRA: trinta e três e seis já
 5 (2.2)

Regra 1b – autosseleção – na sala de ultrassonografia, havia a gestante (Renata), seu marido, uma residente e o preceptor João. O turno de João (l. 1) não especifica qual falante poderia tomar o turno e prover a informação solicitada. Assim, a gestante se autosseleciona para responder. Além disso, o próprio turno de João ocorre por autosseleção.

Excerto 5: HMF_ECOOBST_renata_DEISE_05_11_13

- 1 JOÃO: quantas semanas tá, agora,
 2 RENATA: >vinte e oito.<

Regra 1c – falante corrente continua a falar

Excerto 6: HMF_ECOMORFO_diana_ROSANGELA_14_01_14

- 1 ROSÂNGELA: crescimento deles está BEM proporcional né?:
 2 (1.8)
 3 ROSÂNGELA: então tá ↑ótimo
 4 (1.4)
 5 ROSÂNGELA: só seguimo o baile (.) tá?:
 6 (10.7)

Desse modo, ao descrever a organização da conversa, Sacks, Schegloff e Jefferson (1974) observaram que os turnos de fala constituem sequências interacionais, i.e., “[...] trechos de fala que pareciam permanecer unidos, um trecho de fala que parecia constituir uma unidade por si só”. (SCHEGLOFF, 2007, p. xi⁴²). A menor sequência interacional é chamada de par adjacente. De acordo com Loder, Salimen e Muller (2008, p. 43), pares adjacentes são

[c]ompostos por (a) duas elocuições (daí ‘par’) (b) posicionadas uma seguida da outra (daí ‘adjacente’) (c) produzidas por falantes diferentes. Um exemplo muito claro e conhecido de par adjacente é ‘pergunta/resposta’ [...]. Assim, pode-se dizer que os pares adjacentes se compõem de uma primeira parte do par (neste caso, a pergunta) e de uma segunda parte do par (neste caso, a resposta).

⁴² “[...] stretches of talk that seemed to hang together, a stretch that seemed to constitute a unit in its own right”.

Os/As falantes organizam suas falas em pares adjacentes, pois há uma orientação para atender à relevância condicional gerada por uma primeira parte de um par adjacente, que gera uma expectativa de que a segunda parte do par seja(m) determinada(s) ação(ações), e não outra(s) (SCHEGLOFF, 1968). Por exemplo, um convite cria uma relevância condicional de que a próxima ação seja um aceite ou uma recusa, e não um cumprimento. Em relação a esse aspecto, vale salientar que o/a analista só tem acesso ao entendimento dos/as participantes através da ação que realizam como segunda parte de um par adjacente. Ainda, temos acesso à confirmação de que a ação implementada no segundo turno é, de fato, a ação esperada pelo/a falante anterior quando este/a, no terceiro turno, segue a interação, demonstrando que a ação está correta, ou interrompe o fluxo interacional para reparar o entendimento da ação (SCHEGLOFF, 2007).

A seguir, apresentamos outro excerto do nosso *corpus* para exemplificar a relevância condicional gerada pela primeira parte de um par adjacente e a evidência de intersubjetividade entre as interagentes, por meio da observação do que chamamos de procedimento de prova do próximo turno (SACKS; SCHEGLOFF, JEFFERSON, 1974). Antes de a sequência interacional em questão ocorrer, a profissional Fernanda (na transcrição, o nome da profissional está abreviado como FER) avisa a gestante Flávia (abreviado como FLÁ na transcrição) que tentará descobrir o sexo fetal.

Excerto 7: HMF_ECOOBST_flavia_FERNANDA_08_10_13_7m

- | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|
| 1 | (4.1) | |
| 2 | FER: já tem ↑filhos flávia | 1ª parte do par: pedido de informação |
| 3 | FLÁ: tenho. | 2ª parte do par: oferta de informação |
| 4 | FER: que que tu tem | 1ª parte do par: pedido de informação |
| 5 | FLÁ: tenho menino e uma menina | 2ª parte do par: oferta de informação |
| 6 | FER: a: tem os dois | Fechamento em 3ª posição |

O turno da linha 3 evidencia que a gestante compreendera o turno da linha 2 como um pedido de informação. No turno da linha 4, ao continuar a interação com outro pedido de informação, a profissional demonstra à gestante que a resposta da linha 3 é aceitável, já que não ocorre nenhuma problematização dessa resposta no terceiro turno (l. 4). O mesmo ocorre com o par adjacente das linhas 4 e 5. A única diferença é que, em terceira posição, na linha 6, a profissional oferece um fechamento da sequência através do marcador de mudança de

estado cognitivo⁴³ (“a:”), juntamente com uma repetição modificada da resposta provida pela gestante. Esse fechamento em terceira posição demonstra à gestante que ela atendera à solicitação de informação da linha 5 e que se tratava de uma solicitação de informação genuína. Assim, ao mesmo tempo em que as participantes demonstram uma à outra seus entendimentos através do turno seguinte, elas também os disponibilizam aos/às analistas, que podem se valer dos próximos turnos como procedimento de prova para a análise (SACKS; SCHEGLOFF, JEFFERSON, 1974).

Nesse sentido, uma das contribuições da AC para os estudos linguísticos é justamente a possibilidade de estudar turnos de fala inseridos no contexto interacional em que foram produzidos. Logo, uma noção muito cara à AC, outra herança da EM, é justamente a de indicialidade. Watson e Gastaldo (2015, p. 42-43) simplificam o conceito de indicialidade traduzindo-o como “referência ao contexto”, considerando que contexto, para a AC, significa a sequência interacional em que determinada fala é produzida. Assim, essa abordagem defende que as ações interacionais só fazem sentido quando inseridas em uma sequência interacional. Como exercício, sugerimos ao/à leitor/a que tente analisar cada turno do Excerto 7 isoladamente!

É possível imaginar diversos sentidos para os turnos das linhas 3, 4, 5 e 6. Talvez, o único turno que pode fazer sentido se analisado individualmente seja realmente o pedido de informação da linha 2. Porém, todos os outros turnos dessa sequência são estritamente simbióticos ao contexto interacional anterior – e assim ocorre em toda e qualquer interação. Por isso, muitas vezes, trechos de fala descontextualizados são utilizados pela mídia, pela justiça, em rodas de conversa etc. com sentidos diferentes daqueles atribuídos pelos/as participantes naquele momento interacional específico em que foram produzidos. Ou seja, sem analisar a sequência em que determinados turnos estão inseridos, é possível distorcer o sentido da fala.

De modo a evitar esse tipo de problema, quando analisamos interações via AC, observamos o que chamamos de “orientação” ao turno do/a outro/a falante. Ou seja, verificamos como o/a próximo/a falante toma o turno anterior através da resposta que provê (SOUZA; OSTERMANN, 2012⁴⁴). Por exemplo, voltando à análise do Excerto 7, os turnos das linhas 3 e 5 são uma evidência de que Flávia “se orienta” aos turnos anteriores como pedidos de informação, já que responde a eles com ofertas de informação. Fernanda, por sua

⁴³ Marcadores de mudança de estado cognitivo foram descritos por Heritage (1984a) como sinais verbais indicadores de que quem recebe a informação sai do estado de desconhecedor/a e passa ao estado de conhecedor/a da informação provida.

⁴⁴ Ver Silva (2014) para obter uma sistematização detalhada do conceito de orientação para AC.

vez, aceita as respostas de Flávia como suficientemente informativas, já que não as problematiza na sequência.

Esse zelo pela orientação à sistematização da fala, condicionando-a às ações anteriores, revela o grau de intersubjetividade dos/as participantes. Em outras palavras, quando falamos, raramente nomeamos a ação interacional implementada por meio de nosso turno de fala, e, na maioria das vezes, nossos/as cointeragentes nos compreendem. Por exemplo, para saber o horário, não formulamos nosso turno da seguinte maneira: “Vou solicitar uma informação: que horas são?”. Em vez disso, simplesmente perguntamos “Que horas são?”, e isso basta para que nossos/as cointeragentes compreendam que, através desse turno de fala, estamos fazendo um pedido de informação.

Garcez (2008, p. 32) argumenta que a intersubjetividade “tem a ver com os participantes estarem ambos em um mesmo plano de entendimento quanto ao que estão fazendo em conjunto naquela juntura interacional local”. Quando falamos, raramente deixamos de considerar a relevância condicional gerada pelas primeiras partes dos pares adjacentes. De fato, há momentos em que rupturas acontecem. Nesses eventos, os/as cointeragentes geram inferências sobre o que aconteceu para que a ordem interacional fosse violada, como cogitar se o/a próximo/a falante não ouviu a primeira parte do par, se está mal-humorado/a etc.

Dados alguns conceitos da AC, é necessário salientar que ela é uma abordagem de cunho qualitativo, que, conforme Creswell (2010, p. 26), define-se como:

[...] um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano. O processo de pesquisa envolve as questões e os procedimentos que emergem, os dados tipicamente coletados no ambiente do participante, a análise dos dados indutivamente construída a partir de particularidades para os temas gerais e as interpretações feitas pelo pesquisador acerca dos significados.

Dessa forma, as teorias são construídas a partir do que os dados apontam como relevante, ou seja, não há hipóteses a serem testadas, mas há práticas a serem descritas. As teorias advêm daquilo que os dados revelam. Logo, também inexistente a possibilidade de se realizarem generalizações, uma vez que os dados são representativos do contexto em que foram gerados exclusivamente. Por exemplo, se as interações analisadas se referem a entrevistas de emprego para uma empresa localizada na serra gaúcha, é inconsistente generalizar que todas as entrevistas de emprego realizadas no Brasil (ou no mundo) ocorram através das mesmas práticas. Assim, as teorias geradas através da análise de dados se aplicam àquele contexto, podendo, então, ser comparadas a outros dados da mesma ordem.

Esse tipo de generalização circunscrita ao que os dados apontam é herança das duas vertentes filosóficas praxiológicas que compõem as variedades de EMs: a fenomenologia de Husserl, Schütz e Merleau-Ponty e a filosofia da linguagem como ação social de Wittgenstein. Conforme Watson e Gastaldo (2015, p. 159),

[p]ode-se dizer que a abordagem fenomenológica, especialmente a de Schütz, é mais forte do que a abordagem wittgensteiniana em distinguir entre os vários níveis de descrição ‘teórico(a)nalítico’ e ‘de senso comum’, e em discernir a dependência (ao menos parcial) do primeiro com relação ao segundo.

Ambas as correntes filosóficas que embasam a AC prezam por uma perspectiva êmica de análise dos dados, i.e., em vez de descrever os dados fundamentando-os em teorias apriorísticas (modelo ético), a AC presta “atenção ao modo como os(as) próprios(as) participantes de conversas fazem sentido dos enunciados que eles(as) falam ou ouvem, e a qual ação conversacional estes enunciados realizam” (WATSON; GASTALDO, 2015, p. 124-125). Dessa forma, o/a analista da conversa realiza um exercício para se despir de pré-conceitos que podem estar baseados nas identidades dos/as participantes. Por exemplo, em uma interação entre médico/a e paciente, o/a analista não pode, antes de observar as práticas dos/as interagentes, avaliar que a conversa será assimétrica, por ponderar que a divergência de conhecimento dos/as falantes opera na organização da interação: o/a analista deve se policiar para circunscrever sua análise a como as ações interacionais situadas dos/as participantes definem suas identidades.

Outro conceito muito caro à AC se trata da organização de preferência. Em seu estudo sobre avaliações, Pomerantz (1984, p. 64⁴⁵) descreve que “[...] existe uma associação entre o *status* de preferência de uma ação e o formato do turno no qual ela é produzida.” Pomerantz (1984) chega a esse argumento após analisar várias sequências de avaliações e observar que, salvo algumas exceções, como o caso de autodepreciação, os/as falantes demonstram estar orientados/as para a preferência de concordar com primeiras avaliações. Essa preferência é observada pelo modo como os turnos de fala são desenhados. De acordo com o estudo de Pomerantz (1984, p. 65⁴⁶):

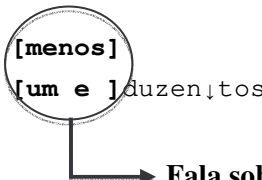
⁴⁵ “[...] there is an association between an action’s preference status and the turn shape in which it is produced.”

⁴⁶ “1. Agreements have agreement components occupying the entire agreement turns; disagreements are often prefaced. 2. Agreements are accomplished with stated agreement components; disagreements may be accomplished with a variety of forms, ranging from unstated to stated disagreements. Frequently disagreements, when stated, are formed as partial agreements/partial disagreements; they are weak forms of disagreement. 3. In general, agreements are performed with a minimization of gap between the prior turn’s completion and the agreement turn’s initiation; disagreement components are frequently delayed within a turn or over a series of turns. 4. Absences of forthcoming agreements or disagreements by recipients with gaps, requests for clarification, and the like are interpretable as instances of unstated, or as-yet-unstated, disagreements”.

1. Concordâncias possuem componentes que ocupam todo o turno; discordâncias são frequentemente prefaciadas.
2. Concordâncias são alcançadas com componentes lexicais diretos; discordâncias podem ser alcançadas por uma variedade de formas, desde discordâncias implícitas até explícitas. Frequentemente, discordâncias, quando declaradas, são formadas como concordâncias/discordâncias parciais; que são formas fracas de discordâncias.
3. Em geral, concordâncias acontecem com uma minimização de pausa entre o final do primeiro turno e o início do turno da concordância; componentes de discordâncias são frequentemente atrasados dentro de um turno ou ao longo de vários turnos.
4. Ausências de concordâncias ou discordâncias imediatas pelos/as recebedores/as com pausas, pedidos de clarificação etc., são interpretáveis como exemplos de discordâncias implícitas, ou ainda não declaradas.

Essas características não se restringem à ação de avaliar. No caso desta tese, por exemplo, além de analisarmos a solicitação por avaliação-avaliação, o par adjacente solicitação por informação-oferta de informação é investigado levando em consideração a organização de preferência. Conforme Pomerantz e Heritage (2013), a ação preferida em resposta à solicitação por informação é a oferta da informação solicitada. Vejamos um exemplo disso através da análise do Excerto 8. Trata-se de uma ecografia morfológica realizada pela residente Deise. A sequência ocorre no momento em que a tela da ultrassonografia apresenta uma imagem estática com dados numéricos, inclusive com um algarismo em gramas, que foi recortado e está ilustrado na imagem que acompanha o excerto.

Excerto 8: HMF_ECOMORFO_elena_DEISE_20_11_13

1 2 ELENA: 3 DEISE: 4	(1.0) # Ima #ima.1 que peso que ele tá: mais ou [menos] [um e]duzen↑tos (0.9)	 Fala sobreposta
--	---	--

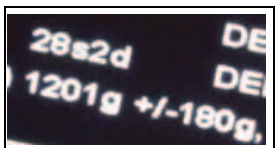


Imagem 1

Provavelmente orientada pela imagem disponível na tela, Elena solicita informação sobre o peso fetal (l. 2). A profissional, orientada para o fato de a completude do turno anterior ser possível antes da conclusão da expressão “mais ou menos” (l. 2), responde em fala sobreposta ao final do turno da gestante. Isso indica uma resposta totalmente preferida, atendendo à solicitação feita na primeira parte do par, de modo direto, sem pausas, hesitações, prefácios etc.

Stivers e Robinson (2006, p. 367⁴⁷) observaram dois princípios de preferência ao se responder a uma solicitação de informação: “[...] a preferência por respostas que atendem a respostas que não atendem à solicitação contida na pergunta⁴⁸ e a preferência pelo/a falante selecionado/a responder.” Por exemplo, em uma interação entre A, B e C, se A perguntar a B que horas são, é preferido que B, e não C, responda com a informação solicitada. Se acaso B responder que seu relógio está atrasado, então é preferido que C ofereça a informação à ausência de resposta.

Como respostas que não atendem à solicitação contida na pergunta são despreferidas, os/as interagentes se orientam para essa despreferência, oferecendo uma justificativa em vez de simplesmente se negarem a atender à solicitação de informação (HERITAGE, 1984b; CLAYMAN, 2001, 2002). De acordo com Clayman (2002, p. 245-46⁴⁹),

[...] perguntas exercem pressão por uma resposta que tenha uma forma específica e identificável, e essa pressão pode ocorrer em níveis variados – não somente em relação a respostas em detrimento a não respostas, mas também em relação a respostas que performem uma ação particular [...] em detrimento a ações alternativas, e até em relação a respostas que contenham determinados tipos de itens lexicais em detrimento daquelas que não os contêm. [...] as respostas que resistem a uma ou mais dessas restrições – e são, assim não cooperativas e ameaçadoras para a solidariedade – são tratadas como justificáveis e tendem a ser explicitamente ou implicitamente explicadas, às vezes de modos que validam a legitimidade da pergunta e a maneira como ela foi estruturada. Respostas não cooperativas, assim, tendem a ser gerenciadas de modo a preservar relações solidárias entre interagentes.

Vejamos como essa sistemática ocorre com a análise de um excerto dos nossos dados. Trata-se de um excerto que ocorre em uma ecocardiografia fetal. Nesses exames, como o nome sugere, o foco da atenção é o coração fetal. Assim, as profissionais que realizam esse tipo de atendimento são cardiologistas. Durante a ecocardiografia em questão, Luana, a cardiologista, oferece algumas informações gerais sobre a posição fetal e anuncia o resultado de suas análises do coração fetal, conforme o que ocorre nas linhas 1-2. Essas informações

⁴⁷ “[...] the preference for answers over non-answer responses as a category of a response; and the preference for selected next speakers to respond.”

⁴⁸ Esse fenômeno é chamado de “respostas que não respondem” (*nonanswer responses*, em língua inglesa). Contudo, optamos por chamar de “respostas que não informam o que foi solicitado”, ou “respostas que não atendem à solicitação contida na pergunta” para evitar a redundância do verbo “responder” e do substantivo “resposta”, que partem do mesmo radical em língua portuguesa.

⁴⁹ “[...] questions exert pressure for a response that takes a specific and identifiable form, and this pressure can occur at varying levels of scale – not only for answers over non-answers, but also for answers that perform a particular action [...] over alternative actions, and even for answers that contain particular lexical items (i.e. yes or no) over those that do not.[...] responses that resist one or more of these constraints – and are thus uncooperative and threatening to solidarity – are treated as accountable and tend to be explicitly or implicitly justified, sometimes in ways that validate the legitimacy of the question and the manner in which it was framed. Uncooperative responses thus tend to be managed in such a way as to preserve solidary relations between the interactants.”

parecem dar margem para que a gestante, Ema, realize a solicitação de informação da linha 3-4. Vejamos:

Excerto 9: HMF_ECOCARDIO_ema_LUANA_29_01_14

1	LUANA:	tá tudo direitinho, tu:do maravilhoso, se	
2		mostrô, bem comportado,	
3	EMA:	tem como sabê quantas gramas ele tá (.)	
4		agora	→ Atraso
5		(0.8)	
6	EMA:	não?	→ Troca de polaridade
7	LUANA:	eu não sei calculá	} Justificativa
8		(.)	
9	LUANA:	eu sou cardiolo gista	
10	EMA:	ãrrã	
11		(2.3)	

Depois do anúncio de boas notícias sobre o coração fetal e sobre o comportamento do feto durante o exame (l. 1-2), a gestante solicita à Luana o peso fetal (l. 3-4). É importante observar que o formato da solicitação de Ema avança sobre a possibilidade de ter sua solicitação atendida através da construção “tem como sabê” (l. 181). Esse formato aponta que a gestante pode estar orientada a três contingências associadas a essa solicitação: 1) a médica é especialista em cardiologia, portanto a informação sobre o peso fetal não faz parte da sua *expertise*; 2) a gestante, por desconhecer o procedimento do exame em questão, não sabe se é possível verificar o peso fetal em uma ecocardiografia; e 3) a gestante se mostra orientada para o grau de imposição de sua solicitação (EGEWARTH, 2016).

Segundo Pomerantz (1984), quando uma resposta afirmativa não é imediata, as pessoas que realizam a solicitação podem trocar a polaridade de suas perguntas, o que possibilita respostas que confirmem a pergunta. Essa prática é observada no turno da linha 6 da gestante, que se orienta para a pausa da linha 5 como um sinal de que uma resposta despreferida está por vir e, assim, antecipa a resposta negativa a sua solicitação. Em adjacência ao reajuste da polaridade da solicitação da gestante, Luana oferece uma resposta que não atende à solicitação contida na pergunta, através da justificativa de que ela não sabe calcular o peso (l. 7). A médica ainda justifica que ela é cardiologista (l. 9), o que gera o pressuposto de que esse tipo de profissional não sabe calcular o peso do feto.

Dessa forma, a negação à solicitação da gestante não é feita com um “não”, mas com uma justificativa para o não provimento da informação. Dessa forma, conforme Stivers e Robinson (2006, p. 373⁵⁰) defendem,

[a]s justificativas revelam o que é potencialmente problemático sobre respostas que não atendem à solicitação contida na pergunta: embora elas se dirijam à relevância de uma resposta para uma pergunta, as respostas que não atendem à solicitação contida na pergunta falham ao colaborar em promover o progresso da atividade ao longo da sequência. Desse modo, elas satisfazem apenas o aspecto estrutural do fechamento da sequência, ao passo que falham ao promover o fechamento da atividade.

O estudo de Stivers (2010) mostra que respostas que não atendem à solicitação contida na pergunta ocorrem em menos de vinte por cento das respostas em língua inglesa. O tipo mais comum de resposta que não atende à solicitação contida na pergunta refere-se à justificativa que argumenta sobre a incapacidade para responder à pergunta, por não se saber ou não se lembrar da informação solicitada (LEE, 2013), como “Eu não sei.”

Além das justificativas, as respostas que não atendem à solicitação contida na pergunta são comumente acompanhadas por atrasos (l. 5 – Excerto 9), prefácios, inspirações e hesitações (LEE, 2013). Essas características indicam que as respostas que não atendem à solicitação contida na pergunta estão inseridas em uma categoria de respostas despreferidas (STIVERS; ROBINSON, 2006). Entretanto, a ausência de resposta é uma ação ainda mais despreferida do que a produção de uma resposta que não atende à solicitação contida na pergunta (LEE, 2013), pois esta, pelo menos, preenche o espaço interacional tornado relevante pela produção de uma primeira parte de um par adjacente. Já a ausência de resposta deixa esse espaço interacional aberto, o que resulta em um desalinhamento total com a ação anterior.

Pomerantz (1984), através da análise de características da fala que demonstram que certas ações são mais preferidas do que outras, mostra como os/as interagentes estão tacitamente organizados/as para lidar com as expectativas sociais. Nesse sentido, a organização de preferência “é um modo da organização social que opera dentro da interação e está implicada no processo em tempo real através do qual relações solidárias são conquistadas e mantidas” (CLAYMANN, 2002, p. 249⁵¹). Levando em conta tais aspectos, a análise de

⁵⁰ “[a]ccounts reveal what is potentially problematic about non-answer responses: Although they address the relevance of a response to the question, non-answer responses fail to collaborate with promoting the progress of the activity through the sequence. In this way they satisfy only the technical structural aspect of sequence closure while failing to promote closure of the activity.”

⁵¹ “[preference organization] is a mode of social organization that operates within interaction and is implicated in the real-time process by which solidary relations are achieved and maintained.”

dados desta tese (Capítulos 6, 7 e 8) apresenta algumas considerações acerca da organização de preferência, principalmente no que tange ao formato das respostas que não atendem à solicitação contida na pergunta.

5.2 A Virada Multimodal (ou Visual ou Corporificada) dos Estudos Interacionais

Stivers e Sidnell (2005, p. 2⁵²) defendem que “[a] interação face a face é, por definição, multimodal, de modo que os/as participantes encontram um fluxo regular de expressões faciais, gestos, posturas corporais, movimentos de cabeça, palavras, construções gramaticais e contornos prosódicos”. No entanto, não se sabe exatamente quando o termo “multimodalidade” surgiu nos estudos microanalíticos da interação (STREECK; GOODWIN; LEBARON, 2011).

Os antropólogos Gregory Batenson e Ray Birdwhistell foram os primeiros a utilizar gravações em filme para analisar ações corporificadas em interações naturalísticas⁵³. A despeito do crescente número de pesquisas em AC sobre aspectos multimodais da fala-em-interação de dados em vídeo das últimas duas décadas (MONDADA, 2018; STIVERS; SIDNELL, 2005), estudos dessa natureza datam dos primórdios da AC, sendo os pesquisadores estadunidenses Charles e Marjorie Goodwin os seus precursores. Sem utilizar o termo “multimodalidade”, já em 1979, C. Goodwin defende a necessidade de analisar turnos de fala sob uma perspectiva integrada dos elementos sociais, culturais, linguísticos e não vocais, os quais constituem as ações que criam o mundo em que vivemos. Nesse artigo, o autor critica a linguística tradicional, que estuda enunciados por meio de exemplos isolados da interação em que emergem.

Contrariamente à perspectiva da linguística tradicional, através da análise de 50 horas de gravações em vídeo de interações naturalísticas, C. Goodwin (1979, 1980, 1981) e M. Goodwin (1980) descrevem como os/as participantes ajustam seus turnos de fala colaborativa e sistematicamente, com repetições, adições, apagamentos, alongamentos etc., orientados/as pela manutenção do direcionamento do olhar, pela orientação corporal e pela postura, de acordo com as ações de seus/suas cointeragentes. Iwasaki (2011) chama essa prática de característica multiparte (*multiparty*) dos enunciados e turnos, por meio da qual o/a

⁵² “Face-to-face interaction is, by definition, multimodal interaction in which participants encounter a steady stream of meaningful facial expressions, gestures, body postures, head movements, words, grammatical constructions, and prosodic contours.”

⁵³ Ver informações históricas sobre os estudos dos gestos em Kendon (1990).

interlocutor/a, mesmo em silêncio, participa ativamente, já que o/a falante corrente ajusta seu turno em função das condutas linguísticas e corporificadas de seu/sua cointeragente.

Christian Heath (1986), por sua vez, foi o analista da conversa pioneiro nos estudos interacionais interessados em aspectos materiais e corporais da interação no Reino Unido. Ao analisar interações entre médicos/as e pacientes, a pesquisa de Heath (1986) é inovadora em dois sentidos: (a) inicia uma tradição de estudos interacionais em instituições e contextos de trabalho; e (b) observa como os/as participantes manipulam e inspecionam objetos (documentos médicos e o corpo dos/as pacientes) durante a fala-em-interação. Este último aspecto fez com que o pesquisador ampliasse o escopo de sua análise para além da observação da organização local de sequências conversacionais, ao analisar como essas sequências compõem a estrutura geral dos atendimentos.

Uma figura importante no desenvolvimento das análises multimodais das interações é Gail Jefferson, que auxiliava C. Goodwin, M. Goodwin e Heath em sessões de análise de dados, as quais eventualmente também contavam com a presença de Harvey Sacks e Emmanuel Schegloff (MONDADA, 2018). Esses pesquisadores elaboraram um estudo em 1975, que foi publicado apenas em 2002 (SACKS; SCHEGLOFF, 2002), com resultados de uma análise derivada desses encontros. O texto divulga o interesse da AC e o foco das pesquisas da época:

[u]ma parte do nosso grupo tem trabalhado há algum tempo na organização da interação utilizando materiais em áudio e vídeo com transcrições de cenas cotidianas na tentativa de analisá-las naturalisticamente. Até agora, a maioria dos relatos, embora não todos, se debruça na análise da conversa e tem se preocupado, de modo geral, em localizar e descrever diversos tipos de organizações sequenciais, produzindo sistematizações observáveis dentro delas. Junto a isso nós também temos nos interessado na organização do comportamento do corpo na interação [...] O comportamento do corpo na interação também parece ser, de várias formas, sequencialmente organizado (SACKS; SCHEGLOFF, 2002, p. 136⁵⁴).

Mondada (2018), Streeck, Goodwin e LeBaron (2011) e Sacks (1984) explicam que o interesse da AC sempre foi compreender como os/as interagentes se organizam para realizar “ações”. A língua não é, nesse sentido, o objeto primário da abordagem. No entanto, na época em que a AC surgiu, ao final da década de 1960, os dados disponíveis eram, em sua maioria,

⁵⁴ “[a] group of us has been working for some time now on the organization of interaction using materials of audio and video tape with transcripts of everyday scene trying to study them naturalistically. Most, though not all, of the reports to date have focused on the talk and have been concerned, most generally speaking, with attempts to locate and describe various types of sequential organization that operate on interaction and produce observable orderlinesses within it. But we have been interested as well all along in the organization of body behavior in interaction [...] Body behavior in interaction also seems to be, in many respects, sequentially organized.”

ligações telefônicas (SACKS, 1972; SACKS; SCHEGLOFF, 1973, SCHEGLOFF, 1979, *inter alia*), o que promoveu o foco em aspectos verbais, em detrimento de aspectos espaçovisuais que constituem as ações interacionais.

No trabalho desenvolvido em 1975, Sacks e Schegloff (2002, p. 136) já se mostram interessados na coordenação de elementos multimodais na interação. Eles observam que uma grande quantidade dos movimentos e sequências de movimentos na interação regularmente terminam no mesmo lugar e posição onde começaram. Os autores chamam esse fenômeno de “posição base” (*home position*). Kendon (1972;1975) chama esse mesmo fenômeno de “posição descanso” (*rest position*).

Em suma, com base nos estudos dos gestos (KENDON, 1967, 1972, 1975, *inter alia*), C. Goodwin e M. Goodwin importam tais aspectos para a AC e destacam a necessidade de atentar para a colaboração entre fala e gesto para a construção da ação humana. A AC, que até então proporcionava o desenvolvimento de pesquisas sob uma perspectiva logocêntrica (ERICKSON, 2010), quando muito apoiada em elementos suprasegmentais – i.e., prosódia ou ausência de fala –, inicia, com os trabalhos de C. Goodwin (1979, 1980, 1981) e M. Goodwin (1980), o que tem sido chamado de virada “corporificada” (*embodied*), visual ou multimodal (NEVILE, 2015; MONDADA, 2016a) nos estudos da linguagem e da interação social. Enquanto os estudos dos gestos se interessam em descrever como as diversas modalidades (gestos, fala, olhar, postura etc.) se coordenam para, por exemplo, realizar ações unilaterais – e.g., Kendon (1990, 2004) – e revelar a relação entre linguagem, gesto e pensamento – e.g., McNeill (1992) e Duncan (2002) –, a AC se dedica à descrição temporal e sequencial das ações, de modo a observar a orientação mútua dos/as interagentes às condutas de seus/suas cointeragentes.

Nesse sentido, gravações dos dados em vídeo se tornam um elemento importante para a realização de análises multimodais. Contudo, Nevile (2015) esclarece que não há uma relação direta entre dados em vídeo e análises multimodais, como também não é possível abandonar a ideia de realizar análises multimodais de dados gravados em áudio. Para explicar sua posição, o autor menciona estudos com dados em vídeo com outras perspectivas analíticas que não a multimodal (e.g., BETZ; GOLATO, 2008; BILMES, 1999, 2001; CARBAUGH, 1987; C. GOODWIN, 2003a; KEITH; WHITTENBERGER-KEITH, 1988; LAZARATON, 1997; POMERANTZ, 1988b), enquanto também elenca estudos que fazem análises multimodais com dados em áudio – e.g., trabalhos sobre “produção de sons não lexicais”, como ao chorar (HEPBURN, 2004); ao comer, (WIGGINS, 2002); e ao ver (THOMAS, 1987).

C. Goodwin (2000, p. 1494⁵⁵) defende que uma ação interacional “é construída através do desenvolvimento público e visível de campos semióticos múltiplos que elaboram um ao outro mutuamente”. Tomando a relação multimodal de múltiplos campos semióticos, tais como gestos, a estrutura do ambiente e a linguagem, mobilizada pelos/as participantes para atribuir sentido a ações situadas, Mondada (2014a, 2016, 2018) e Cruz (2017a) elencam uma série de características que constituem uma análise multimodal, as quais são tratadas brevemente a seguir.

O fundamento de uma análise multimodal consiste na necessidade de observar mais de uma modalidade – gesto e fala, por exemplo – para atribuir sentido a determinada ação. Assim, observa-se que os recursos multimodais se relacionam de tal modo que é impossível fazer sentido de cada um separadamente. Outra noção fundamental da multimodalidade refere-se ao tratamento mais simétrico entre recursos linguísticos e corporificados, i.e., sem supor uma hierarquia apriorística entre os diferentes recursos. Mondada (2018, p. 88⁵⁶) defende que “[a] relevância dos detalhes é sempre indexical; ela não pode ser decidida a priori e definitivamente”.

Além dos recursos multimodais convencionais, tais como gramática e gestos, dependendo das características da ecologia local das atividades, é preciso observar recursos que são ocasionados situadamente, os quais estimulam ou restringem os/as participantes a combinar certos recursos em detrimento de outros para constituir suas ações. C. Goodwin (2007, p. 195⁵⁷) nomeia esses recursos situados de “gestos ligados ao ambiente”, que “[...] não podem ser compreendidos pelos/as participantes sem considerar a estrutura do ambiente com o qual eles estão amarrados.” O gesto dêitico de apontar é um exemplo claro desse fenômeno.

Nesse sentido, Goodwin (2003b, p. 219⁵⁸) define o gesto de apontar como

[...] um ato significativo através da contextualização mútua de uma gama de recursos semióticos incluindo, ao menos, (a) um corpo visível performando o ato de apontar; (b) a fala que elabora e é elaborada pelo ato de apontar; (c) as propriedades do espaço que é o alvo do apontamento; (d) a orientação mútua entre os/as participantes relevantes e em direção ao espaço que é local do apontamento; e (e) a atividade maior dentro da qual o ato de apontar está inserido.

⁵⁵ “[...] is built through visible, public deployment of multiple semiotic fields that mutually elaborate each other.”

⁵⁶ “The relevance of details is always indexical; it cannot be decided a priori and once and for all”.

⁵⁷ “environmentally coupled gestures”, gestures that cannot be understood by participants without taking into account structure in the environment to which they are tied.”

⁵⁸ “[...] a meaningful act through the mutual contextualization of a range of semiotic resources including at least (a) a body visibly performing an act of pointing; (b) talk that both elaborates and is elaborated by the act of pointing; (c) the properties of the space that is the target of the point; (d) the orientation of relevant participants toward both each other and the space that is the locus of the point; and (e) the larger activity within which the act of pointing is embedded.”

Com base nessa definição do gesto de apontar, neste estudo, observamos como e em que contextos interacionais os/as participantes fazem uso desse recurso, levando em consideração as contingências próprias dos exames de ultrassonografia fetal. Para tanto, é preciso observar que a linha condutora de atribuição de sentido dos múltiplos recursos multimodais utilizados na constituição de ações interacionais é a temporalidade específica que os combina. Logo, o trabalho de transcrever dados multimodais serve tanto para a preservação da combinação dos múltiplos recursos disponíveis aos/às interagentes quanto para a realização do que Mondada chama de protoanálise, já que possibilita a seleção daquilo que será marcado na transcrição, que é o primeiro passo do trabalho analítico. Contudo, de acordo com Mondada (2003, 2008), deve-se atentar para um princípio básico da AC que se estende à perspectiva de uma AC multimodal: o “princípio de disponibilidade” – tradução sugerida por Cruz (2017a, 2017b). Segundo Cruz (2017a, p. 161),

[...] se os detalhes multimodais são pertinentes antes de tudo para os participantes (perspectiva êmica), então, para análise, é importante que tais detalhes sejam disponibilizados através das formas de realização dos registros (escolhas de dispositivos, ângulos, por exemplo) e através das formas pelas quais o material é transcrito, representado e apresentado.

Para tanto, é preciso materializar as relações temporais entre fala e gesto, considerando a trajetória emergente que constitui as ações sociais. Kendon (1980) detalha o registro das distinções entre preparação, ápice e retração dos gestos, que é sistematicamente aplicada por C. Goodwin (1981) e que também inspira as convenções propostas por Mondada (2014c), utilizadas neste trabalho. Esse tipo de convenção também possibilita a observação de que a maioria dos movimentos corporificados, mesmo que estejam altamente coordenados com a fala, tem suas próprias trajetórias, as quais não são necessariamente sincrônicas em relação à fala. Desse modo, Mondada (2018) defende que a anotação multimodal possibilita uma compreensão maior sobre a organização sequencial das interações, pois uma demonstração rigorosa da temporalidade dos movimentos corporificados permite observar, inclusive, que muitas orientações corporificadas frequentemente precedem a fala.

Outra possibilidade de análise oportunizada pela geração de dados em vídeo se refere à relação das ações interacionais com o espaço físico específico em que ocorrem. Nesse sentido, Streeck, Goodwin e LeBaron (2011) apontam que as ciências sociais e humanas estão presenciando uma “virada espacial”, o que, nos estudos interacionais, tem repercutido em uma proliferação de pesquisas com dados em vídeo, inseridas em programas interessados em instituições de trabalho (BROTH, 2008; BROTH, LAURIER, MONDADA, 2014;

GOODWIN, 1994; GOODWIN; GOODWIN, 1996; MONDADA, 2007; 2009) e em tecnologias (HEATH; LUFF, 2000; HEATH; LUFF; KNOBLAUCH, 2004). Como instituições de trabalho se constituem por configurações espaciais complexas, com a mediação de tecnologia e com a manipulação de documentos e de outros artefatos que constituem suas ações sociais, a realização de coleta de dados em vídeo acaba sendo um pré-requisito para análises nesses contextos.

O que diferencia interações mundanas e institucionais é justamente o fato de que estas são organizadas em “seções” ou “fases” padronizadas dedicadas a atender alguma agenda previamente estabelecida (DREW; HERITAGE, 1992; HERITAGE, 1997; ROBINSON, 2012). A abertura e o fechamento são fases comuns a quase todos os tipos de interação, ao passo que o que acontece entre essas duas fases é extremamente variado e está intimamente ligado à agenda, no caso de interações institucionais, e também aos/as participantes envolvidos/as (ROBINSON, 2012).

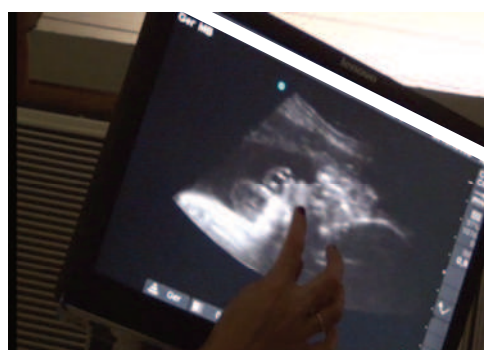
Estudos de interações institucionais, com dados gravados em vídeo, permitem observar como os/as participantes constroem e contestam a visão profissional, i.e., os modos socialmente organizados de ver e entender eventos, de acordo com a *expertise* de determinado domínio profissional (GOODWIN, 1994, 1995). Tal possibilidade inclui o desafio de transcrever interações em que os/as participantes constantemente se engajam em multiatividades (HADDINGTON et al., 2014), enquanto interagem em poucas palavras – i.e., a falta ou escassez de ações verbais cria a necessidade de pensar outras formas de transcrição multimodal, para além de anotações que dependem da fala (MONDADA, 2018). Essa característica das interações em instituições de trabalho também reforça a ideia de que não é possível elencar uma ou outra modalidade como a mais importante para a constituição das ações sociais: são os dados que revelam quais modalidades são proeminentes para constituição de ações no aqui e agora interacional.

Nesse sentido, como o objeto de análise desta tese refere-se a ultrassonografias fetais gravadas em áudio e vídeo, o estudo aqui proposto se insere nas viradas multimodal (visual ou corporificada) e espacial, além de fazer parte dos estudos interacionais interessados em descrever instituições do trabalho. A seguir, apresentamos uma breve ilustração do plano de trabalho analítico desenvolvido aqui, com base nas perspectivas descritas nesta seção.

5.2.1 O que os Dados nos Mostram: Quando uma Restrição Amplia o Foco

Como já mencionamos anteriormente, os dados desta pesquisa consistem em ultrassonografias gravadas em áudio, com a tela do exame capturada em vídeo. A Figura 3, abaixo, apresenta um exemplo de captura da tela de ultrassom de uma das interações que fazem parte do *corpus* desta pesquisa (OSTERMANN, 2013):

Figura 3 - Exemplo de imagem capturada pela gravação em vídeo das interações de Ostermann (2013)



Fonte: Elaborada e anonimizada pela autora, através de uma captura de tela do vídeo projetado no software VLC media player.

A disponibilidade da gravação em vídeo da tela do aparelho de ultrassonografia é similar ao fenômeno chamado “imagem dentro de imagem” (*picture-in-picture*) descrito por Mondada (2009), que, em contextos profissionais, é utilizada para transmitir uma imagem sobreposta a outra imagem, como em cirurgias que são transmitidas para alunos/as de medicina. No caso de nossos dados, temos a imagem do ultrassom capturada pela imagem da câmera da pesquisa, e tal registro contém algumas características da ecologia do ambiente, como os movimentos corporificados que acontecem na frente da tela do ultrassom. Contudo, nossos dados não constituem uma ferramenta dos/as profissionais em questão, já que aqui eles/as estão apenas interessados/as na imagem do ultrassom, e não na nossa gravação para a realização do seu trabalho. Já as “imagens dentro de imagens” descritas por Mondada (2009) constituem, na verdade, um dos artefatos de trabalho dos/as profissionais analisados/as.

Para ampliarmos nossa compreensão, como analistas, de como as ações são realizadas no contexto da nossa pesquisa, reconhecemos que o ideal seria obter a gravação em vídeo de toda a sala de ultrassonografia, com imagens de como os/as participantes (profissionais,

gestante e acompanhante) combinam posturas corporais, estruturas de participação corporificadas (GOODWIN, 2000), ou formações-F (KENDON, 1990), direcionamento de olhar (GOODWIN, 1979, 1981), gestos e manipulação de artefatos materiais e tecnológicos com a fala-em-interação. Contudo, essa restrição da gravação em imagem apenas da tela da ultrassonografia nos possibilitou um foco ampliado das ações corporificadas (e.g., gesto de apontar, alguns gestos isomorfoestruturais⁵⁹), tecnológicas⁶⁰ (e.g., estabilização, congelamento, ampliação e diminuição da imagem, gesto de apontar com o cursor do ultrassom) e linguísticas acionadas ao longo da realização do exame.

No que tange ao objetivo central deste estudo, a restrição do foco da imagem em vídeo na tela do ultrassom nos revela o detalhamento de combinações de campos semióticos distintos, os quais constituem as ações interacionais que socializam as imagens fetais e estabelecem as multiatividades que organizam e revelam o caráter híbrido do evento ultrassonografia fetal. A natureza dos dados, em termos do que é disponível para os/as participantes e do que é disponível para as analistas, torna necessária uma análise multimodal com atenção à ecologia material dessas interações.

Em interações face a face, a copresença e o acesso visual mútuo não garantem que os objetos sejam vistos por todos/as os/as participantes (DONAVAN et al., 2011, p. 232). Mesmo quando expressões linguísticas dêiticas são usadas para referenciar algum objeto físico do contexto material da interação, elas não funcionam como um ponteiro que especifica o local onde tal referente se encontra no espaço (HINDMARSH; HEATH, 2000). Assim, o estabelecimento de um referente mútuo no contexto material da interação depende da construção de atenção conjunta em direção a tal referente, que, por diversas vezes, ocorre através de expressões linguísticas (“aqui”, “lá”, “este(s)/a(s)”, “esse(s)/a(s)”) e gestuais (o gesto de apontar) dêiticas (DE STEFANI, 2014). O gesto de apontar pode ser performado de diversas maneiras – com indicador, polegar, mão aberta, olhos etc. (KENDON, 2004) – e com auxílio de diversos materiais – ferramentas cirúrgicas, canetas etc. (MONDADA, 2007, 2012) – para indicar o local para onde os/as cointeragentes devem direcionar sua atenção.

No contexto de ultrassonografia, a atividade de mostrar o feto às gestantes, além de envolver a problemática derivada da necessidade de conhecimento técnico para interpretar as imagens, contempla também o desafio referente à volatilidade, ou efemeridade, das imagens. Em outras palavras, no processo de obtenção de imagens de fetos, a necessidade de se obter

⁵⁹ Segundo Nishizaka (2011), gestos isomorfoestruturais são gestos que imitam a posição fetal.

⁶⁰ Ao analisar o trabalho protoanalítico dos/as operadores de câmeras de gravação de visitas guiadas a um jardim, Mondada (2014b, p. 43) diferencia movimentos corporificados (*embodied moves*), como parar e voltar a caminhar, por exemplo, e movimentos tecnológicos (*technological moves*), como ampliar uma imagem, por exemplo.

capturas da tela que mais bem possibilitem a observação da saúde fetal repercutem na atividade de movimentar o transdutor sobre o abdômen da gestante, o que gera imagens em movimento na tela. Assim, quando os/as profissionais se engajam na atividade de fazer as gestantes verem o feto, torna-se necessária uma fina coordenação entre fala, gesto e imagem, para que a intersubjetividade seja atingida. É com base no interesse em revelar a organização dessa coordenação na constituição das ações que instituem as ultrassonografias fetais que a análise deste trabalho é desenvolvida.

5.3 Coleção de Dados

Como o *corpus* desta pesquisa deriva de um projeto maior (OSTERMANN, 2013), todas as interações foram gravadas e transcritas pelo grupo de pesquisa Fala-em-interação em Contextos Institucionais e Não Institucionais (FEI), coordenado pela Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann. A coleção de dados, que consiste em 114 interações gravadas em áudio em uma ala que atende a gestações de médio e alto risco de um hospital do SUS, foi gerada durante 2013 e 2015. Somada às gravações em áudio, a tela do exame foi capturada em vídeo, conforme descrito na subseção 5.2.1. Seis integrantes, incluindo a autora e orientadora desta tese, do grupo da Profa. Ana Cristina Ostermann participaram da gravação dos dados em campo. Além de solicitar a participação das gestantes e montar os equipamentos de gravação, também acompanhamos cada atendimento de modo que ações corporificadas que não foram captadas pela câmera de vídeo foram descritas em notas de campo pela pessoa encarregada de cada gravação.

As interações foram transcritas na íntegra, através das convenções propostas por Jefferson (1984). Como mencionado anteriormente, amparado pela perspectiva teórico-metodológica da AC Multimodal, este estudo objetiva descrever como as/participantes profissionais (preceptoras/res e residentes) e leigas/os (gestantes e acompanhantes) coconstroem significados sociais e médicos sobre as imagens ultrassonográficas por meio da interação.

Assim, para a análise dos dados, sequências interacionais em que há interação sobre as imagens entre profissionais e gestantes e/ou acompanhantes foram separadas e analisadas, considerando-se três fatores: posição na estrutura geral dos exames, formato linguístico e corporificado dos turnos e ação empreendida. Cada subseção de análise de dados apresenta categorias de fenômenos distintos.

Outra estratégia de investigação utilizada neste estudo se refere à etnografia, que, conforme Creswell (2010), vale-se de observações e de entrevistas para estudar um grupo cultural academicamente inexplorado dentro do seu cenário natural, durante algum tempo. Os dados que constam nas subseções 5.4 a 5.5 derivam das notas de campo realizadas pelas estudantes envolvidas na coleta de dados, entre elas a autora deste estudo, e de conversas informais com os/as participantes da pesquisa. Não foram aplicadas entrevistas para a obtenção de dados específicos sobre o contexto de pesquisa e sobre os/as participantes. Por esse motivo, as informações obtidas e descritas nas próximas subseções advêm daquilo que decidimos chamar de diários de campo de cunho etnográfico, que também serão levados em consideração na análise dos dados.

5.4 Contextos de Pesquisa e Participantes

É importante ressaltar que os dados a serem utilizados nesta tese foram gravados e transcritos antes do início da pesquisa em questão. Porém, na época da coleta dos dados, a autora deste estudo participava do projeto como estudante de mestrado (FREZZA, 2015). Também é válido alertar para algumas questões éticas antes de iniciar as subseções sobre os contextos de pesquisa. De forma a zelar pelo anonimato dos/as participantes, o contexto de pesquisa que constitui este estudo não é identificado, conforme imputado nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLEs). Também visando ao anonimato dos dados assegurado pelo TCLE, os/as participantes da pesquisa são citados/as com nomes fictícios. Outros nomes que possam aparecer nos dados, como nomes de ruas, cidades e de outras pessoas que não estão presentes na interação, foram omitidos. Essa omissão é marcada na transcrição entre dois parênteses e com a descrição daquilo que foi omitido. Por exemplo, se o nome do feto foi formulado, na transcrição consta “((nome do feto omitido))”.

A seguir, apresentamos uma descrição do contexto de pesquisa, com base nos diários de campo de cunho etnográfico.

5.4.1 O Hospital Materno-Infantil e seus/suas Participantes

Gestações de médio e alto risco da Região Sul são encaminhadas para esse hospital materno-infantil do Sistema Único de Saúde (SUS), pois o serviço conta com uma equipe de medicina fetal e de gravidez de alto risco especializada. As gestações atendidas no local

compreendem gestações gemelares, gestações de fetos que apresentam malformações, gestantes diabéticas, com toxoplasmose, hipertensas etc.

Ao chegar ao hospital, as gestantes são recepcionadas pelas enfermeiras, que também fazem o trabalho de agendar as consultas e orientam as gestantes a aguardar na sala de espera, que fica em frente à recepção. A sala de espera contém sofás e cadeiras, ar-condicionado e um banheiro. As gestantes podem se servir de lanches que estão disponíveis gratuitamente ao lado da recepção. O hospital também conta com dormitórios disponíveis para as gestantes que moram em locais distantes do hospital e que necessitam ficar na cidade até o dia seguinte para realizar exames e outras consultas.

As enfermeiras chamam as gestantes pelo nome, na sala de espera, para serem examinadas nas salas de ecografia. Na sala de espera, há constantes palestras ministradas pela psicóloga e pela nutricionista do hospital, sobre assuntos gerais das gestações. As gestantes e seus/suas acompanhantes costumam conversar sobre o motivo e o modo pelo qual foram encaminhadas para esse hospital, sobre suas angústias, seus medos e esperanças. Em relação a esse contexto, observamos que um estudo sobre o que se passa nessa sala de espera seria relevante para o entendimento das práticas realizadas ali e sobre como essas práticas influenciam nos posteriores atendimentos.

No contexto investigado, há uma equipe de medicina fetal composta por médicos/as obstetras, ecografistas e ecocardiografistas, nutricionista, enfermeiras, psicóloga e um médico geneticista. Este último é quem frequentemente conversa com a gestante e também com seu companheiro ou acompanhantes, quando presentes, sobre questões relacionadas à indicação ao procedimento de punção (amniocentese ou cordocentese⁶¹), sobre seus riscos e benefícios e sobre resultados de exames, como as ecografias e os cariótipos. Essa descrição sobre os aconselhamentos genéticos é importante, pois o geneticista, além dos/as obstetras, é responsável pela comunicação dos diagnósticos acerca da condição fetal. Tal organização pode explicar o fato de os/as profissionais evitarem a abordagem do tópico das malformações fetais durante as ultrassonografias, já que esse assunto é tratado em um atendimento específico, qual seja, o aconselhamento genético.

As ecografias obstétricas e morfológicas são realizadas pelas médicas residentes (R4) Fernanda e Deise e pelas residentes (R1) Emilia e Rafaela. As duas últimas iniciaram sua residência no final da nossa geração de dados; então, gravamos apenas uma interação com

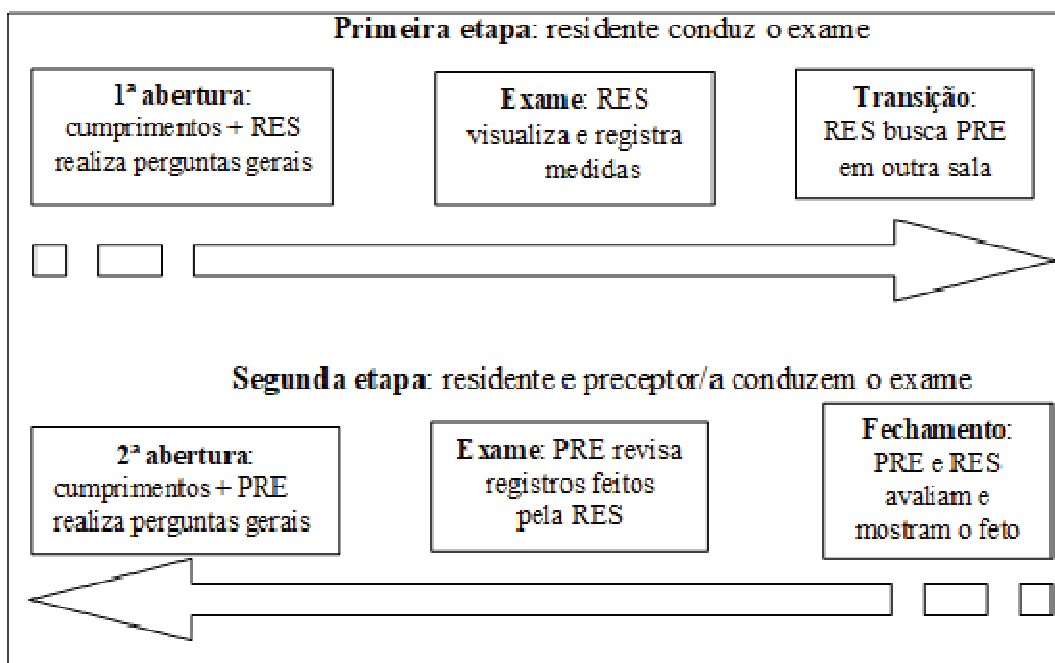
⁶¹ A amniocentese e a cordocentese são procedimentos de punção para a coleta de líquido amniótico ou sangue fetal, respectivamente. O material genético fetal coletado é utilizado para a realização do cariótipo fetal, que pode diagnosticar cromossomopatias, como a Síndrome de Down, por exemplo.

cada R1. Como se trata de residentes, os exames são realizados em duas etapas. Na primeira etapa, as residentes conduzem os exames sozinhas. Assim que acabam o exame, saem da sala de ecografia e vão até a sala de laudos para chamar Rosângela, João ou Alan, que são os médicos preceptores, para revisar o exame.

Às vezes, os preceptores não estão na sala de laudos, pois se encontram envolvidos em outro atendimento, o que gera atrasos de alguns minutos (de três a vinte e cinco minutos) para retornarem à sala de ecografia, onde avaliam o exame feito pela residente que atuou na primeira etapa. Durante esse tempo, as gestantes ficam na sala de ecografia sozinhas ou com seus/suas acompanhantes. Nesses momentos, as participantes do grupo de pesquisa FEI costumavam conversar um pouco com as gestantes sobre assuntos diversos: outros/as filhos/as, preocupações com a gestação atual, nomes dos fetos, região em que moram, planos para o parto etc. Na segunda etapa dos exames, um/a preceptor/a revisa as imagens realizadas pela residente, e é feita a seleção das imagens que vão compor o laudo.

A organização geral da estrutura das interações que ocorrem durante ultrassonografias obstétricas e morfológicas nesse contexto de pesquisa pode ser observada na Figura 4.

Figura 4 - Organização geral da estrutura de ultrassonografias obstétricas e morfológicas
RES= RESIDENTE – PRE=PRECEPTOR/A



Fonte: Elaborada pela autora com base em Geisel (2017).

Grande parte das interações entre ecografistas e gestantes é repleta de silêncio, pois as médicas se concentram para realizar as medidas do feto. Há, basicamente, uma saudação

inicial, algumas orientações sobre o procedimento⁶², avaliações, descrições sobre imagens observadas e uma avaliação final da situação geral do exame.

A segunda etapa das ultrassonografias obstétricas e morfológicas, conforme ilustrado na Figura 4, conta com duas/dois profissionais nas salas, devido ao fato de o contexto de pesquisa incluir um programa de residência médica. Assim, a estrutura de participação interacional dos exames gravados, além de apresentar as peculiaridades de uma interação no contexto de multiatividade, contém fases da interação em que as/os profissionais falam entre si, sem envolver a gestante e eventuais acompanhantes. Observemos uma tentativa de ilustração dessa estrutura de participação.

Figura 5 - Estrutura de participação da segunda etapa dos exames obstétricos e morfológicos



Fonte: Adaptada de <<https://bit.ly/2E0baS2>>.

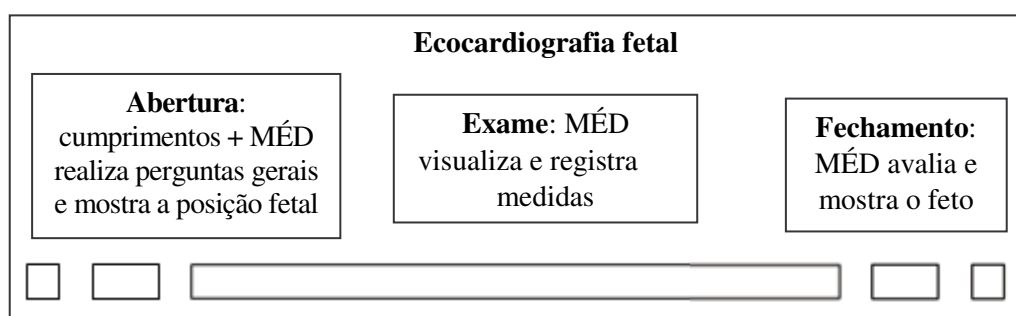
As flechas dispostas sobre a figura são uma tentativa de representar as estruturas de participação interacional complexas que se apresentam na segunda etapa de exames obstétricos e morfológicos. A segunda etapa desses exames contempla: (a) sequências em que apenas as/os profissionais se comportam como interagentes ratificadas/os; (b) sequências em que apenas um/a profissional interage com a gestante (e eventuais acompanhantes); e (c) sequências em que as/os três participantes (ou quatro, quando há a presença de um/a

⁶² As orientações sobre o procedimento, sobre que variáveis serão visualizadas no exame e em que ordem, raramente ocorrem. Ao final da análise de dados, apresentamos um excerto com anúncios procedurais e discorremos sobre as vantagens de realizá-los.

acompanhante) são ratificadas/os. Essa complexidade característica dos nossos dados também é abordada ao final da seção de análise, especialmente no que concerne aos problemas de intersubjetividade recorrentes dessa estrutura.

Já as ecocardiografias são realizadas por uma única profissional, Luana, que não é residente, pois o hospital em questão não possui programa de residência médica na área da ecocardiografia. A Figura 6 ilustra a organização da estrutura geral das interações que ocorrem durante as ecocardiografias fetais nesse contexto de pesquisa.

Figura 6 - Organização geral da estrutura de ecocardiografias fetais
MÉD=MÉDICA⁶³



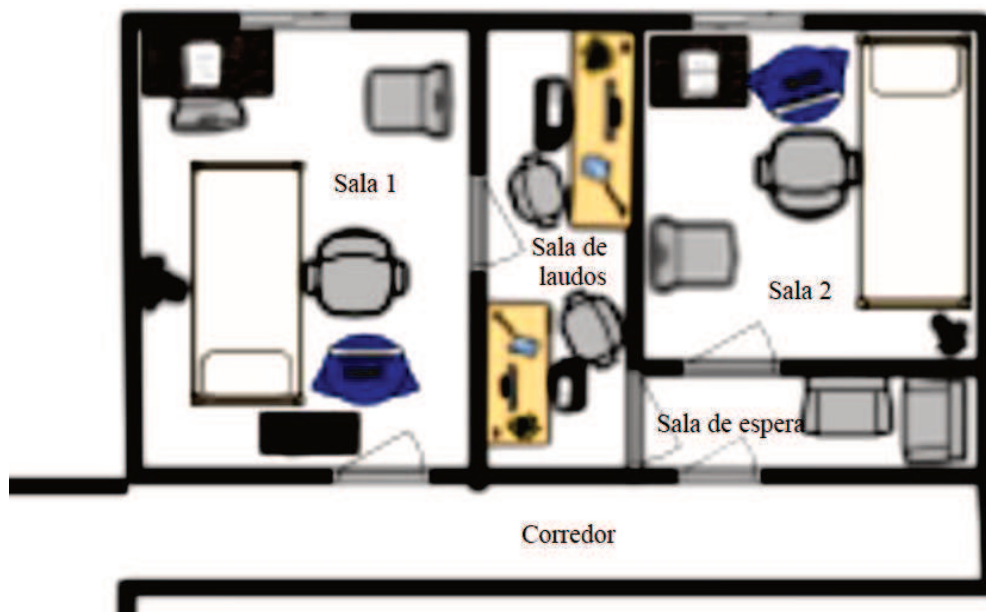
Fonte: Elaborada pela autora.

Conforme ilustrado nas Figuras 4 e 6, a principal diferença na organização geral da estrutura dos exames obstétricos e morfológicos em relação aos cardíacos é justamente o fato de os primeiros serem realizados em duas etapas, dada a participação de preceptores/as, enquanto o último ocorre em apenas uma etapa. Além dessa diferença, observa-se uma quantidade de variáveis consideravelmente maior nos exames obstétricos e morfológicos em relação aos cardíacos. Essas características repercutem na duração dos exames: avaliações obstétricas e morfológicas duram entre 30 e 120 minutos, ao passo que avaliações cardíacas duram entre 10 e 20 minutos.

A Figura 7 ilustra a disposição das salas de ultrassonografia no hospital materno-infantil.

⁶³ Chamamos a ecocardiografista de “Médica” e não de Residente ou Preceptora, pois ela não assume nenhum desses papéis nas consultas gravadas.

Figura 7 - Planta das salas de ultrassonografia do HMI



Fonte: Elaborada pela autora através do site <<http://pt.floorplanner.com/>>.

As duas salas de ecografia são equipadas com uma cadeira (para o/a acompanhante), uma mesa com os documentos da gestante (laudos de exames anteriores e o prontuário da gestante), um aparelho de ultrassom e uma cadeira (para a ecografista). A Sala 1 contém uma mesa com um computador atrás da maca, por onde as gestantes acompanham as imagens do exame. A Sala 2 não contém esse equipamento; logo, as gestantes acompanham o exame na mesma tela em que a ecografista trabalha. Na Sala 1, ocorrem todos os tipos de ecocardiografias realizadas no hospital, inclusive o procedimento de punção, que não faz parte do *corpus* desta pesquisa. Na Sala 2, são realizados todos os tipos de ecografia, exceto as ecocardiografias.

A equipe médica e as enfermeiras trabalham na sala de laudos. A sala de espera que aparece na figura não é destinada às gestantes; elas aguardam em uma sala localizada em frente à recepção, situada em outro corredor do mesmo andar. A sala de espera que consta na Figura 7 é destinada aos/às alunos/as, aos/às pesquisadores/as e aos/às funcionários/as que eventualmente se agrupam ali para aguardar algum atendimento de que desejam participar, ou para conversar com algum/a profissional.

As gestantes lá atendidas (dentre as quais se incluem as participantes de nossa pesquisa) têm entre 14 e 47 anos; e algumas não necessariamente possuem um companheiro ou figura paterna (do feto). A metodologia empregada neste estudo não conta com o acesso aos prontuários das gestantes, nem com entrevistas. Dessa forma, é possível apenas ponderar, através de informações que emergem das próprias interações gravadas, que aproximadamente

oitenta por cento das gestantes atendidas no hospital têm pelo menos um/a outro/a filho/a, e que algumas têm mais de cinco filhos/as. A maioria das pacientes vem de outras cidades e é encaminhada ao hospital pelos postos de saúde de suas comunidades locais, de onde chegam com inúmeras dúvidas e reclamações de que, nas outras localidades, “ninguém fala nada” sobre a real situação do feto.

5.5 A Entrada em Campo e a Coleta de Dados

A coleta de dados contou com a participação de seis integrantes do grupo de pesquisa FEI: Ana Cristina Ostermann, Karen Seger, Carina Maria Hilgert Mossmann, Caroline Inês Egewarth, Paula Cortezi Schefer Cardoso e eu. O primeiro mês do período foi destinado à observação das interações sem qualquer gravação – apenas elaborávamos diários de campo de cunho etnográfico. As gravações em áudio e vídeo iniciaram no mês de novembro. Costumávamos ir a campo em duplas, de modo que uma gravava os aconselhamentos genéticos, que não constam nesta pesquisa, e a outra gravava as ecografias. Esses registros ocorriam nas terças-feiras à tarde e nas quartas-feiras pela manhã. Todos/as os/as profissionais da ala de medicina fetal de médio e alto risco do hospital em questão se reúnem nas quintas-feiras à tarde para discutir o quadro de cada gestante e de cada feto. A Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann também acompanhava essas reuniões, realizando notas etnográficas.

A gravação dos dados sempre foi acompanhada por notas de campo, realizadas pelas estudantes responsáveis pela gravação de cada exame. As notas contêm informações sobre a gestante, a gestação, o/a eventual acompanhante, os/as profissionais e fatos relevantes que não podem ser captados pela gravação, como choro, direcionamento de olhar, gesticulações etc. Gravávamos em média três exames por turno dedicado em campo. Contudo, em algumas coletas, apenas uma ou nenhuma ecografia era gravada, devido à ausência de atendimentos marcados, ao não comparecimento das gestantes agendadas ou, em menor grau, à negação de colaboração com a pesquisa. Observamos que cerca de três por cento das gestantes abordadas recusaram o convite para participar do estudo.

Quando chegávamos ao hospital, as enfermeiras nos emprestavam a agenda das ecografias para que copiássemos os nomes das gestantes que seriam atendidas naquele turno e dos exames que fariam. Como a maioria das gestantes atendidas no hospital vem de outras cidades, quando chegávamos ao local, grande parte delas já estava na sala de espera. Dessa forma, chamávamos cada gestante para explicar sobre a pesquisa individualmente, no final do corredor, onde havia pouca circulação de pessoas.

Para a coleta de dados desta investigação, a natureza do estudo foi explicada aos/às participantes (médicos/as, gestantes e acompanhantes); também foi esclarecido como a pesquisa com gravação em áudio e vídeo seria conduzida. A fim de preservar o anonimato das/os participantes, foi explicado que seus nomes seriam fictícios e que os dados seriam usados apenas para fins de pesquisa. Ainda, informamos aos/às participantes sobre o direito de interromper sua participação em qualquer momento do andamento do estudo.

Depois desses esclarecimentos, foi entregue aos/às médicos/as e às gestantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual constam a explicação do projeto de pesquisa e o pedido de permissão da gravação em áudio dos exames de ecografia, com a captura da imagem da tela apenas. Obviamente, somente os/as participantes que aceitaram participar do estudo foram gravados/as. Eles/as ficaram com uma cópia do TCLE assinada pela coordenadora do projeto de pesquisa e também assinaram outra cópia, que foi entregue às estudantes.

5.6 A Transcrição dos Dados

“A forma como os fenômenos são organizados em uma transcrição sempre incorpora a teoria representada por ela.”
(ERICKSON, 2010, p. 243⁶⁴)

É importante iniciar esta subseção alertando que “as transcrições não são consideradas os dados” (WATSON; GASTALDO, 2015, p. 92, grifo dos autores). Elas são uma tentativa de representar as interações o mais fielmente possível. Contudo, cada vez que revisamos as transcrições, percebemos que poderíamos adicionar ou retirar alguma convenção. Dessa forma, todas as análises realizadas neste e em qualquer estudo que utilize a AC são feitas pelo exame dos áudios e dos vídeos acompanhados das transcrições, as quais oportunizam: (1) a visualização de uma representação dos dados aos/às leitores/as; e (2) a referência dos fenômenos interacionais em forma de texto aos/às pesquisadores/as.

O processo de transcrição foi feito em duas etapas (transcrição e revisão das transcrições). Além da autora deste estudo, diferentes participantes do grupo FEI realizaram esse trabalho: Juliana Silva, Bruna Hansen, Sara Schwalm, Karen Seger, Joana Maciel, Talise Geisel, Carina Maria Hilgert Mossmann, Caroline Inês Egewarth, Paula Cortezi Schefer Cardoso, Rafael Mello, Daiane Baldasso Böhm e Camila Almeida.

⁶⁴ “How phenomena are arranged in a transcript always incorporates a theory of the phenomena represented by it.”

A transcrição das interações foi feita através das convenções propostas por Jefferson (1984) e adaptadas pelo grupo FEI com base em algumas sugestões do grupo GAT2 (SELTING et al., 2011), cuja versão atual encontra-se no Quadro 1, apresentado na próxima seção. O sistema de Jefferson (1984) é predominantemente usado para orientar pesquisas em AC e Linguística Interacional, incluindo pesquisas do campo da prosódia. Contudo, algumas pesquisadoras, como Couper-Kuhlen e Selting (1996) e Selting (2010), afirmam que, para a transcrição de detalhes fonéticos e prosódicos, o modelo de transcrição de Jefferson não é ideal. Por tal motivo, em 1998, um grupo de linguistas interacionais alemão publicou um novo sistema de transcrição: o GAT⁶⁵, que, apesar de ser baseado nas convenções propostas por Jefferson, sugere convenções adicionais para a anotação prosódica. Esse sistema já foi revisado duas vezes; sua última revisão aconteceu em 2009 (GAT2), a qual foi traduzida para o inglês em 2011. Trata-se da versão cujos detalhes foram utilizados neste trabalho. Além das convenções de transcrição da fala, as convenções de transcrição multimodal propostas por Mondada (2016), disponibilizadas no Quadro 2, a seguir, foram utilizadas, a fim de registrar a temporalidade das ações corporificadas e tecnológicas disponibilizadas pela captura da tela do ultrassom em vídeo.

5.7 A Organização das Coleções de Análise

Conforme apresentamos na revisão de literatura sobre o tema, as interações que constituem ultrassonografias fetais são permeadas pela construção de significados sociais e clínicos. Vejamos, a seguir, uma breve retomada desses conceitos:

a) Informações referentes a significados sociais (TAYLOR, 1998, 2008) concernem à perspectiva cotidiana (JONSSON, 2007), tais como a distinção do significado das imagens que constituem partes fetais que subjetivam o feto como um bebê – i.e., as chamadas verdades não médicas (CHAZAN, 2005, 2007). Nessa categoria, são analisadas as ofertas e solicitações de informações sobre a interpretação de imagens que apresentam partes da face, pés, mãos, movimentos fetais relacionados a comportamentos etc.

b) Informações tratadas como significados clínicos (TAYLOR, 1998, 2008) são as que concernem à perspectiva profissional (JONSSON, 2007), i.e., a aspectos objetivos, “dados matemáticos, quantificáveis, traduzidos em números, tais como a idade fetal, peso,

⁶⁵ GAT é o acrônimo de *Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem* (Sistema de transcrição de Análise da Conversa e do Discurso).

tamanho, fluxos sanguíneos etc.” (CHAZAN, 2007, p. 117), que constituem as chamadas “verdades médicas” obtidas pelo exame.

De fato, ao realizar a análise de dados, percebemos que esses interesses são centrais nos exames e norteiam as práticas interacionais das/os participantes. Conforme veremos na análise a seguir, as ações e formatos das ações que seguem ofertas e solicitações de informação acerca de significados sociais e clínicos tendem a ser distintas. Assim, organizamos os capítulos de análise de dados a partir dessas motivações. De modo a facilitar a leitura, a apresentação da análise segue a orientação das/os participantes quanto à importância atribuída às sequências interacionais em termos da saúde fetal. Por isso, partimos dos comentários que são emicamente menos delicados até chegar aos comentários emicamente mais delicados. Assim, apresentamos primeiramente excertos curtos, em que as/os participantes constroem significados sociais sobre as imagens através de sequências interacionais breves. Em seguida, apresentamos excertos em que as/os participantes se orientam para a delicadeza do tópico tratado e para as contingências do exame, produzindo sequências mais longas, em que constroem significados clínicos a partir do que veem na tela.

Desse modo, iniciamos com um capítulo chamado “Atribuindo significado às imagens”, interessado na decodificação das imagens sem alusão à saúde fetal (e.g. “as duas perninhas né o bumbunzinho do moço ali”; “ali:: é um ↑pé:: ó::”; “ali o fígado,”; “aí tá a perna?” etc.). Intitulamos o segundo capítulo analítico da seguinte maneira: “Das imagens às atribuições de sentido sobre saúde e desenvolvimento”. Nessa etapa, apresentamos análises de excertos com solicitações e ofertas de informação sobre a imagem, mas que culminam no tópico saúde fetal. Por sua vez, o capítulo final da análise é chamado “Avaliando a saúde fetal”, focado nas sequências sobre avaliações clínicas (e.g., “>tudo muito bom< estão com pesos muito parecidos ↑tá”; “quinhentos e vinte e oito gramas fecha bem com a tua idade gestacional”; “o líquido tá super bom tá”; “tá >e a água< tá normal?” etc.).

Os três capítulos contêm duas seções maiores que tratam, primeiramente, das sequências iniciadas pelas/os profissionais e, em seguida, das sequências iniciadas pelas gestantes e eventuais acompanhantes. Ainda, essas seções maiores estão divididas em subseções menores, trazendo a análise de peculiaridades linguístico-interacionais projetadas por cada tipo sequência. Por fim, cada seção maior termina com uma discussão sobre os fenômenos encontrados.

Para o acompanhamento da leitura dos excertos, faz-se importante a compreensão das convenções de transcrição sobre aspectos linguístico-textuais e corporificados que constituem

as ações interacionais realizadas no contexto em questão. Dessa forma, trazemos a seguir dois quadros com informações acerca das convenções utilizadas que poderão acompanhar a leitura dos excertos.

Quadro 1 - Convenções de transcrição linguístico-textuais

(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

Fonte: Modelo baseado nas propostas Jeffersonianas (1984) de transcrição e adaptado pelo grupo FEI com marcações sugeridas pelo GAT2 (SELTING et al., 2011).

Quadro 2 - Convenções de ações corporificadas

Ima	Indica que naquele turno houve uma captura de tela
#	Indica o exato momento em que a captura de tela foi feita
*	Indica o início e o final das ações corporificadas da médica ecocardiografista e das/os preceptoras/es
+	Indica o início e o final das ações corporificadas das médicas residentes
Δ	Indica o início e o final das ações corporificadas das gestantes e eventuais acompanhantes
-->	A ação descrita continua por linhas subsequentes até que o símbolo --->* reapareça

-->>	A ação descrita continua depois do final do excerto
>>	A ação descrita inicia antes do início do excerto
.....	Preparação do gesto
-----	Ápice do gesto
,,,,,,,,	Retração do gesto
Abreviações das ações contingentes ao contexto dos dados analisados	
aju.	profissional ajusta o foco de uma imagem congelada
amp.	profissional amplia a imagem
apo.C.	profissional aponta para a imagem com o cursor do <i>mouse</i>
apo.I.	profissional aponta para a imagem com o dedo indicador
ass.	profissional assente com a cabeça.
cli.	o som de um clique é audível, mesmo quando inexistem mudanças na imagem
con.	profissional congela a imagem ultrassonográfica
c.t.a.	profissional coloca o transdutor sobre o abdômen da gestante
est.	profissional estabiliza o movimento do transdutor, mas não congela a imagem
imi.	profissional imita a posição ou o que o bebê está fazendo
med.	profissional realiza medidas
m.p.t.	profissional muda a posição do transdutor
olh.GES	profissional olha para a gestante
pro.	profissional procura por uma imagem
reg.	profissional registra a imagem; quando “snap ok” aparece na tela
r.t.a.	profissional retira o transdutor do abdômen da gestante
v.t.p/ GES	profissional vira a tela do ultrassom para a gestante
v.t.p/ RES/PRE	profissional vira a tela do ultrassom para si (RES.=residente e/ou PRE.= preceptor/a)

Fonte: Modelo de transcrição traduzido e adaptado pelo grupo FEI a partir da proposta de Lorenza Mondada apresentada em *Conventions for Multimodal Transcription* (2016).

De modo a facilitar a leitura dos excertos, optamos por nomear as/os participantes de acordo com suas identidades sociais maiores nessas interações, quais sejam, preceptor/a, residente, gestante e acompanhante. Devido ao fato de não haver um programa de residência médica no local onde foram conduzidas as ecocardiografias fetais, chamamos a profissional daquelas interações de médica, de modo a evitar possíveis confusões com as/os demais profissionais, que desempenham, além do papel de médicas/os, o papel de preceptoras/es e residentes. Ainda, a fim de ampliar o espaço de leitura das transcrições, abreviamos a forma como nomeamos as/os participantes da seguinte forma:

Quadro 3 - Nomenclatura das/os participantes nas transcrições

Participante	Abreviação
Preceptor/a	PRE
Residente	RES
Médica	MÉD
Gestante	GES
Acompanhante	ACO

6 ATRIBUINDO SIGNIFICADO ÀS IMAGENS

“Embora a ultrassonografia seja entendida como uma ‘janela’, trata-se de uma ‘janela’ através da qual grupos diferentes veem coisas diferentes.”

(MITCHELL, 2001, p. 7⁶⁶)

Os excertos apresentados neste capítulo apresentam sequências interacionais acerca de imagens da posição e de movimentos fetais que aparecem na tela. A primeira seção trata das sequências iniciadas pelas/os profissionais, dividindo-se em subseções com base em detalhes linguístico-interacionais acerca das diferenças que compõem cada ação. Em seguida, apresentamos uma seção com sequências iniciadas pelas gestantes e eventuais acompanhantes. A organização da apresentação dos excertos segue uma linha crescente em termos de complexidade do trabalho interacional acionado para a realização de cada ação.

6.1 Sequências Iniciadas pelas/os Profissionais

Conforme a literatura sobre o tema discute, a introdução de novos referentes a partir do que o mundo material apresenta requer uma fina coordenação entre:

- exibição de percepção⁶⁷ (SACKS, 1992, v. 2, p. 87–97; SCHEGLOFF, 2007; KOSCHMANN; ZEMEL, 2014), que, conforme Schegloff (2007), concerne ao fenômeno por meio do qual determinado/a falante mobiliza a atenção de seus/suas cointeragentes para alguma característica do contexto físico-espacial em que estão inseridos/as. A exibição de percepção opera como indicador de que algo foi percebido no meio material, projetando a expectativa de que alguma ação seguirá em resposta à exibição de percepção;

- expressões referenciais, que iniciam a orientação em direção a um foco de atenção conjunta (DE STEFANI, 2014, p. 279);

- estabelecimento de um referente mútuo, através da orientação corporificada e/ou linguística ao foco de atenção conjunta (DE STEFANI, 2014, p. 290).

O gesto de apontar, o modo mais canônico de construir atenção conjunta, conforme mencionado anteriormente, torna-se um recurso restrito em ultrassonografias fetais. Essa

⁶⁶ “Although ultrasound is perceived to be a ‘window’, it is a ‘window’ through which different groups see different things”.

⁶⁷ Exibição de percepção é uma tradução tentativa do fenômeno *environmental noticing*.

restrição se deve, em parte, à necessidade de a/o profissional utilizar ambas as mãos para realizar o exame. Uma mão é ocupada com a tarefa de controlar o transdutor sobre o abdômen da gestante, enquanto a outra realiza e registra as medidas fetais, amplia e diminui o foco das imagens, captura imagens etc.

Nesse contexto, então, recursos tecnológicos – originalmente destinados à visualização profissional – adquirem novos usos, tornando-se recursos interacionais utilizados para construir atenção conjunta. Nas primeiras subseções da análise de dados, que tratam de sequências iniciadas pelas/os profissionais, exploramos quais são esses recursos e como eles são gerenciados, de modo a constituir atividades interacionais distintas.

6.1.1 Mostrando as Imagens

O primeiro excerto desta subseção se refere a uma interação que ocorre na segunda etapa do atendimento, especificamente no começo da fase em que a preceptora inicia a revisão das imagens registradas pela residente. A preceptora é quem manuseia o aparelho de ultrassom, e, embora a residente também esteja na sala naquele momento, as participantes ratificadas (GOFFMAN, 2012) do excerto são a preceptora, a gestante e seu acompanhante, progenitor do feto.

A gestante fora encaminhada a esse hospital pelo fato de os exames realizados no hospital de sua residência terem evidenciado que o feto apresentava uma hérnia diafragmática⁶⁸, resultando no deslocamento do estômago fetal e alças intestinais para dentro do tórax, deslocando, comprimindo e comprometendo a formação de estruturas intratorácicas como coração e pulmões. A idade gestacional é de 22 semanas. Para o acompanhamento das imagens, é importante explicar que identificamos com a inicial “M” as imagens que foram capturadas por nós, enquanto a imagem projetada na tela do ultrassom estava em movimento. Por sua vez, as imagens com a inicial “C” foram as que capturamos enquanto a projeção do ultrassom estava congelada. Essa distinção é importante, pois ela pode influenciar o acesso mútuo dos referentes entre as/os participantes. Dito isso, vamos ao primeiro excerto.

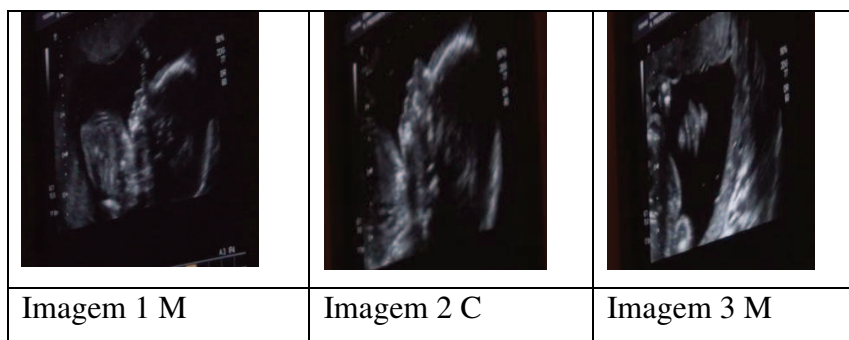
⁶⁸ “A hérnia diafragmática congênita (HDC) é um defeito de desenvolvimento do diafragma pósterio-lateral que ocorre em torno da nona semana de gestação, com herniação de vísceras abdominais para o interior do tórax. Sua incidência é de cerca de 1 em 3.000 a 4.000 nascidos vivos, sendo uma das causas mais comuns de morbidade e mortalidade neonatais. Sua etiologia é desconhecida, mas um terço dos casos está associado a anomalias cromossômicas ou malformações anatômicas. A morbidade e a mortalidade estão relacionadas à hipoplasia pulmonar, resultante de compressão mecânica nos pulmões em desenvolvimento, e à presença de herniação hepática.” (AMIM et al., 2008, p. 2).

Excerto 10: HMF_ECOOBST_edineia_DEISE_19_11_13_24m16

```

        *>>est--->
1      *(0.8)
2 PRE: >tô apertando um pouquinho né<?
3 GES: #ãrrãm
      Ima #ima.1 M
4      (5.3)* *(1.6)          *(1.0)* *(2.6)* (.)
      pre  -->* *con.-->1.7 *amp.--* *aju.--*
5 PRE: #perfil bem bonitinho=
      Ima #ima2. C
6 GES:          {{rindo} =eu gostei do perfil}
7      (1.1) *
      -->*
8 GES: *viu o narizinho ((nome do acompanhante omitido))?*
      pre *des. pro.-->1.11
9      (.)
10 ACO: (°ãrrã°)
11 GES: agora tu te* *conformô? #
      pre          -->* *est.-->1.18
      Ima          #ima.3 M
12      (0.6)
13 ACO: (°bá°)
14      (0.6)
15 PRE: ó: lá o nariz ↑ó:
16      (1.3)
17 PRE: botô uma mão ali ó:
18      (0.5)*
      pre  -->*
19 PRE: *>tá vendo de frente<?
      *con.--->1.24
20 GES: ãrrã
21      (2.4)
22 ACO: não é parecido [comigo não.]
23 PRE:          [vai ser      ] ↑fino*
      -->*
24      *(0.5)
      pre *des. pro.-->>
25 PRE: vocês dois têm nariz fino
26 GES: {{rindo} nariz fi:no} [hãhã]
27 ACO:          [hãhã]hã
28      (0.6)
29 GES: o dele é mais:: (.)
30 PRE: ó::?
31      (0.6)
32 PRE: o lábio bem né?

```



Apesar de manter o transdutor estabilizado, de modo a projetar na tela a imagem do perfil fetal (Imagem 1) desde antes do início do excerto em questão, a preceptora nomeia e avalia o referente (l. 5) somente depois de trabalhar a imagem congelando-a, ampliando-a e ajustando o foco, com vistas a melhorar sua visualização (l. 4; Imagem 2). A avaliação da linha 5 ocorre em primeira posição⁶⁹ e em formato declarativo, i.e., trata-se de uma primeira avaliação sem marca (HERITAGE; RAYMOND, 2005), introduzindo o referente “perfil” e atribuindo a ele a qualidade de “bonito”, através do advérbio de intensidade “bem” e do adjetivo “bonito” no diminutivo (l. 5). A gestante concorda na linha 6, informando, em formato declarativo, que também gostara do perfil.

Ambas as avaliações ocorrem em formato declarativo, o que evidencia que ambas as interagentes têm o mesmo acesso epistêmico⁷⁰ ao item avaliado, qual seja, a imagem do perfil do feto projetada na tela do ultrassom. Como podemos acompanhar na Imagem 1, o perfil aparece nitidamente, de forma que mesmo quem não é especialista em ultrassonografia consegue visualizar e compreender que se trata do perfil fetal. Logo, como ambas/os as/os interagentes têm o mesmo acesso ao estado de coisas avaliado (HERITAGE; RAYMOND, 2005): ainda que a profissional tenha avaliado primeiro, a gestante reivindica, através do seu posicionamento epistêmico deflagrado pelo formato afirmativo da sua avaliação, que também tem o acesso necessário ao referente para poder avaliá-lo. Sua autoridade também é revelada pela rapidez com que formula a concordância, em fala colada ao turno anterior, sinalizando

⁶⁹ Em termos interacionais, primeira posição significa que o turno de fala inicia um curso de ação que não é responsivo a turnos anteriores e que gera (ou possivelmente gera, já que avaliações em formato declarativo podem ou não ser respondidas – ver Stivers e Rossano (2010)) relevância condicional para produção de um turno responsivo pela/o outra/o falante, i.e., um turno em segunda posição. Então, terceira posição se refere ao turno de fala em que a/o falante do turno em primeira posição da sequência confirma ou desconfirma o entendimento do turno elaborado em segunda posição.

⁷⁰ As interações são permeadas por uma assimetria epistêmica que se constitui por três dimensões: (1) acesso epistêmico, que se define pelo acesso ao saber, grau de certeza e fonte do conhecimento; (2) primazia epistêmica, que se define como os direitos de saber, os direitos relativos a reivindicar o saber e autoridade relativa do conhecimento; e (3) responsabilidade epistêmica, relacionada ao tipo de conhecimento (Tipo 1 vs. Tipo 2) e ao ajuste ao/à interlocutor/a em termos de ação e de formato de turno (STIVERS; MONDADA; STEENSIG, 2011).

que ela havia entendido que a imagem observada nos turnos anteriores era a do perfil e posicionando-se em relação a ele.

Orientada para a concordância com a avaliação, através da qual a gestante revela seu entendimento sobre a imagem, a preceptora descongela-a e move o transdutor, em busca de outro ângulo (l. 8). No mesmo momento em que a profissional prossegue em busca de outra imagem, a gestante inicia uma elaboração do tópico, ao solicitar confirmação ao seu acompanhante sobre a visualização do nariz fetal (l. 8). Depois da confirmação de que o acompanhante viu a imagem referida, a gestante inicia uma brincadeira, perguntando se o acompanhante havia “se conformado agora” (l. 11). Essa brincadeira interna do casal remete a uma discussão anterior a essa interação, sobre a herança genética em relação ao tamanho do nariz fetal.

No meio do turno em que a gestante brinca com seu companheiro, a profissional estabiliza a imagem (veja Imagem 3) e, em seguida, convida a gestante e seu companheiro a ver o nariz fetal, por meio do seguinte formato: uma exibição de percepção através da expressão “ó”, um referente dêitico de lugar “lá”, a nomeação do referente “nariz” e o diretivo “ó” (l. 15). Conforme veremos nos próximos excertos, a expressão dêitica de lugar mais utilizada é “aqui”. Nesse excerto, no entanto, a profissional utiliza o dêitico “lá”, que está de acordo com a falta de um gesto de apontar que indique onde, exatamente, o referente se localiza na tela. Sem resposta dos cointeragentes e ainda mantendo a imagem estabilizada, a preceptora acrescenta a descrição de que o feto colocara a mão na frente da face (l. 17). Ainda sem sinal do reconhecimento das informações oferecidas, a preceptora congela a imagem (l. 19) e solicita confirmação à gestante sobre a visualização da face fetal “de frente”. Ao oferecer a informação sobre o ângulo, a preceptora estrutura a imagem, propiciando o seu entendimento. Em seguida, a gestante confirma o pedido da profissional (l. 20).

Então, o acompanhante avalia que o feto não será parecido com ele, continuando a brincadeira, iniciada pela gestante nos turnos anteriores, sobre a herança genética do nariz fetal (l. 22). A preceptora continua o tópico, avaliando que o nariz fetal será fino (l. 23). Na linha 24, então, a preceptora descongela a imagem, o que indica a finalização da atividade de mostrar o feto. Contudo, a preceptora também se orienta para a despreferência em concordar com uma autodepreciação implícita na brincadeira do casal e continua o assunto da herança do tamanho do nariz fetal (l. 25), discordando deles ao avaliar que ambos os progenitores têm nariz fino. Ambos respondem com afiliação, ao rirem (l. 26, 27), mas a gestante também responde com ironia, pois, ao repetir a expressão “nariz fino” sorrindo, ela demonstra discordar da avaliação da preceptora.

Nesse excerto, é possível perceber que a profissional convida gestante e acompanhante a ver o feto, através dos recursos do ultrassom de estabilizar e congelar a imagem, associados às ações linguísticas (l. 5, 15, 17 e 19). A partir da possibilidade de ver o feto, os progenitores embarcam na atividade de subjetivá-lo, relacionando as características visuais disponíveis às características genéticas. Assim, o discernimento da imagem oportuniza um processo de aproximação do feto com sua família e com suas características.

O Excerto 11 mostra como os recursos tecnológicos são coordenados a recursos linguísticos e corporificados na realização da atividade de mostrar o feto à gestante. Trata-se de uma gestação de 33 semanas, cujo feto apresenta desenvolvimento abaixo do percentil considerado normal. O excerto em questão ocorre no final na primeira etapa do ultrassom, quando a residente recém terminara o registro das medidas fetais.

Excerto 11: HMF_ECOOBST_leticia_DEISE_15_10_13_6m52V

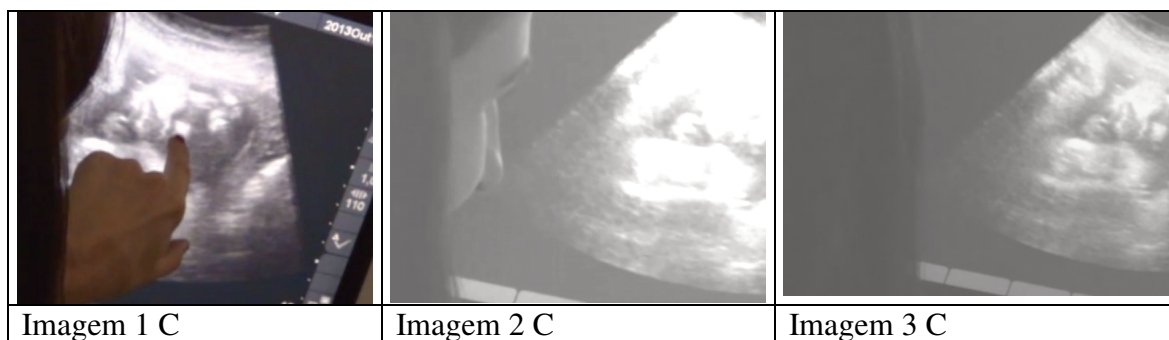
```

01      + (1.6) + + (3.5) + +(0.7)
      res +>>med.--+ +des.pro--+ +est.-->
02 RES: °ó::..°
03      (1.7)
04 RES: >tu consegue< entendê °aqui°
05      (0.9) + +(1.6)

      res      ->+ +con.---->1.16
06 RES: >°é que é meio com-°< (.) eu sei que é bem complicadinho
07 RES: +(0.5) +as mãos tão aqui pra cima, (.) o nariz tá #aqui:
      +.....+apo.I.----->1.10
      Ima                                          #ima.1 C
08      e aqui >é o lábio ó<
09      (0.7)
10 RES: aqui é o lábio superior, e o lá+bio ↑infe+↑rior+
      ->+,,,,,,,,,,,,,,+
      +olh.GES-->1.12

11      #(.)
      Ima #ima.2 C
12 GES: m:: hãhã+
      res      ->+
13      (0.5)#
      Ima      #ima.3 C
14 RES: dá pra entendê?
15 GES: m°hm.°
16      (1.1) + + (2.7)
      res      ->+ +des.pro.-->>

```



Assim que a face fetal é projetada na tela, a residente estabiliza o movimento do transdutor, produz uma exibição de percepção (“ó”, l. 2) e solicita confirmação de que a gestante entendera a imagem (l. 4). Orientada à ausência de resposta da gestante, a residente congela a imagem (l. 5) e avalia que se trata de uma imagem complicada (l. 6). Convida, então, a gestante a ver a imagem ao nomear as partes fetais – mão, nariz e lábios –, indicando-as na tela com o dedo indicador (Imagem 1) e, por fim, produzindo o diretivo “ó” (l. 7-8). Sem a confirmação de que a gestante compreendera os referentes apontados, na linha 10, a residente discrimina cada parte do lábio fetal, verbal e corporificadamente – ainda apontando para a imagem com seu indicador.

Nessa interação, é possível perceber que a profissional olha para a gestante ao final de seu turno – podemos comparar os direcionamentos do olhar da profissional à gestante através das Imagens 2 e 3: o movimento de cabeça que ocorre na Imagem 2 inicia no final da linha 10 e se mantém até a linha 12; já o representado na Imagem 3 ocorre ao longo de toda a interação). Isso reforça a ação de convidar a gestante a ver e, consequentemente, a confirmar se viu as imagens mostradas. Então, a gestante confirma e se afilia à contemplação das imagens através de riso (l. 12).

Na linha 14, a profissional solicita uma confirmação explícita de que a gestante consegue entender a imagem. Assim que a gestante repete sua confirmação (l. 15), a residente descongela a imagem (l. 16), orientando-se para essa sequência como encerrada. Ou seja, a profissional mantém a imagem disponível na tela até obter a garantia de que gestante a entendera.

O Excerto 12 faz parte de uma ecocardiografia obstétrica, que, como mencionado anteriormente, é um exame focado na análise do coração fetal, realizado por uma única profissional, cardiologista fetal, nomeada aqui como médica (MÉD). A gestação em questão conta com 24 semanas, e a gestante fora encaminhada para essa ala do hospital por apresentar diabetes gestacional. No momento em que o Excerto 12 ocorre, a médica procura as partes do

coração a serem examinadas, enquanto guia a gestante até o coração fetal através da coordenação de vários recursos. Vejamos:

Excerto 12: HMF_ECOCARDIO_ema_LUANA_29_01_14_1m10sV

```

1          (2.6)
2 MÉD: a↑li:, (.) são as válvula*s do coraçã:o,
                                     *amp.--->>
3          (3.0)
4 MÉD: a gente tá vendo o coraçãozinho meio de la:do,
5          (.) olha ali:, (.) >parece< umas mãozinhas
6          batendo palmas [são as vál]*vulas,
                                     *con--->>
7 GES:          [ãrrãm          ]
8          (1.9)

```

A médica coordena a referência verbal às válvulas do coração com o movimento tecnológico de ampliar a imagem (l. 2). Embora a ampliação seja um recurso com potencial de auxiliar o entendimento da imagem, a gestante não oferece demonstrações verbais de entendimento. Porém, isso não seria um problema, pois a profissional não construíra seu turno (l. 2) como um pedido de confirmação. No entanto, a médica parece se orientar à ausência de demonstração de entendimento ao reparar sua descrição do referente, explicando o ângulo de visualização do coração (l. 4), que pode auxiliar a gestante a localizá-lo na tela. Então, a médica produz um diretivo (“olha ali”, l. 5), começando a construir atenção conjunta, que é levada a cabo através de um símile comparativo das válvulas cardíacas em relação a “mãozinhas batendo palmas” (l. 5-6). De acordo com Knowles e Moon (2006, p. 6⁷¹), “[s]ímiles são muito parecidos com metáforas, mas com uma diferença importante: a comparação é feita explicitamente”. Em nossos dados, os símiles comumente seguem este formato:

- “(expressão dêitica em relação à imagem) parece (referente metafórico) são/é (objeto de referência)”.

Por exemplo, “ali:, (.) >parece< umas mãozinhas batendo palmas são as válvulas,”. (Excerto 12, l. 5-6)

Esse símile direciona a atenção do olhar da gestante, ao associar algo do senso comum (mãos batendo palmas) ao funcionamento do coração pelo movimento das válvulas cardíacas, provocando o estabelecimento mútuo do referente confirmado pela gestante (l. 7). Contudo, o

⁷¹ “[s]ímiles are very much like metaphors, but with one important difference: the comparison is made explicit.”

sucesso desse símile só é garantido pois, além de utilizar o recurso linguístico, a profissional mantém a imagem em movimento, oportunizando a visualização das “mãozinhas batendo palmas”, até que a gestante confirme ter visto o órgão (l. 7). Como a gestante confirma o entendimento das mãozinhas batendo palmas mesmo antes da conclusão do símile, um pedido de confirmação de estabelecimento de referente mútuo se torna dispensável. Então, a médica conclui o símile, indicando o que de fato são as mãozinhas batendo palmas, i.e., “as válvulas” (l. 6), ao mesmo tempo que congela a imagem, uma vez que o movimento já fora visto e confirmado pela gestante. Assim, mesmo sem gestos de apontar, a médica é capaz de construir atenção conjunta através de recursos como ampliação da imagem (l. 2) e utilização de símile (l. 5-6) para instruir a visão da gestante em relação à compreensão das imagens.

O próximo e último excerto desta subseção ilustra como recursos linguísticos, o recurso de estabilizar a imagem e os gestos dêiticos de apontar com o indicador e com o ponteiro do *mouse* do ultrassom são gerenciados conjuntamente por um preceptor e uma residente, de modo a fazer a gestante ver o feto. O excerto ocorre no final da segunda etapa do ultrassom de uma gestação de 33 semanas, cujo exame de translucência nugal (TN)⁷² apresentara uma alteração. Contudo, na época da realização da TN, a gestante recusara a oferta de realização da amniocentese fetal para prosseguir com a investigação da alteração. No momento em que o Excerto 13 acontecera, o preceptor operava o aparelho de ultrassom.

Excerto 13: HMF_ECOOBST_soraia_FERNANDA_05_11_13_8m20V

```

01 PRE: *>>tranquilo co'a mo:↓ça
          *>>pro.---->
02      (5.1)
03 RES: tentá pegá uma imagem do ro:sto °dela.°
04      (2.6) * *(2.1)
          ->* *est.---->1.25
05 RES: ó:: de perfil tá abrindo a boca ↓ó soraia.
06      +consegue enxer+gá aqui ó? isso que tá me+xendo
          +.....+apo.I-----+,,,,,>
07      é a bo+↑quinha ↓ó
          ,,>+
08      (.)
09 GES: [m:hm: ]
10 PRE: [é a boqui]nha com a lín[gua >ali ó<]
11 RES: [com a lín]gua.
12 PRE: ó:.
13 GES: °°↑o:::lha°°

```

⁷² Esse exame é realizado entre a 10ª e a 12ª semana de gestação para medir a espessura da pele da nuca do feto, pois todas as alterações cromossômicas graves (trissomias 21, 18, 13 e síndrome de Turner) estão associadas à translucência nugal aumentada (FIGUEIREDO et al., 2012).

14 PRE: >porque< aqui em ci:ma *tu não enxerga direito,
 *.....>
 15 (.) porque tem* a mão °esquerda.°
 ...>*apo.C----->1.25
 16 (.)
 17 PRE: tá, [aqui já é]=
 18 GES: [mhm]
 19 PRE: =o na↑riz ↓ó a mão tá- aqui
 20 na *↑frente °assim°*
 imi.-----
 21 (1.2)
 22 PRE: a gente só tá enxergando mesmo da:: da boquinha
 23 pra ba:ixo aqui assim °então,° (.) ó
 24 GES: >mhm<
 25 (0.4) * * (0.4)
 pre ->* *pro.--->>

Depois de uma avaliação positiva do preceptor sobre a condição do feto (l. 1), a residente, que está em pé ao lado do preceptor, sugere que ele encontre uma imagem da face fetal (l. 3). Assim que a imagem solicitada aparece na tela, o preceptor a estabiliza (l. 4). A residente, por sua vez, exibe sua percepção em relação à imagem através da expressão “ó”. Ela descreve o ângulo da imagem (“de perfil”) e o movimento feito pelo feto (“abrindo a boca”), seguindo com um diretivo para que a gestante veja (“ó”) (l. 5) e com uma solicitação de confirmação de que a gestante vira a imagem, enquanto inicia o gesto dêitico de apontar com seu indicador para a tela do ultrassom (l. 6). A profissional se mostra altamente orientada para a necessidade de a gestante ver o movimento da boca do feto, de tal modo que aponta para tela, enquanto diz “aqui ó? isso que tá me” (l. 6). Ela inicia a retração do gesto de apontar assim que termina a produção do verbo “mexendo” para, então, nomear o referente “é a bo↑quinha”. Finalmente, termina seu turno (l. 7) com um diretivo para que a gestante veja (“ó”), cuja posição também a convida a responder com uma confirmação.

A apresentação do referente produzida nas linhas 6 e 7 funciona, de certa forma, como um reparo do turno da linha 5, já que a residente reorganiza sua apresentação de modo a identificar, pelo gesto dêitico, que o local onde a imagem se move deve ser entendido como a “boca” do feto. Nesse sentido, o gesto de apontar também é breve, com vistas a indicar o local onde a atenção conjunta deve ser construída, sem impedir a visão do movimento pela gestante. Ou seja, aqui, diferentemente do gesto de apontar observado no Excerto 11, que indicava partes estáticas de uma imagem congelada, o gesto deve ser retraído antes que o movimento de abrir e fechar a boca acabe. Para isso, a retração do gesto deve ser tão rápida e precisa quanto o seu ápice, e a profissional se mostra altamente orientada para isso.

Assim que a gestante confirma o estabelecimento do referente mútuo (l. 9), o preceptor mantém a imagem estabilizada enquanto elabora o referente, adicionando a informação de que se trata da boca com a língua (l. 10). Por fim, solicita confirmação de que a gestante vira a imagem, através do diretivo “ó” (l. 12), que é confirmado por ela no turno seguinte (l. 13).

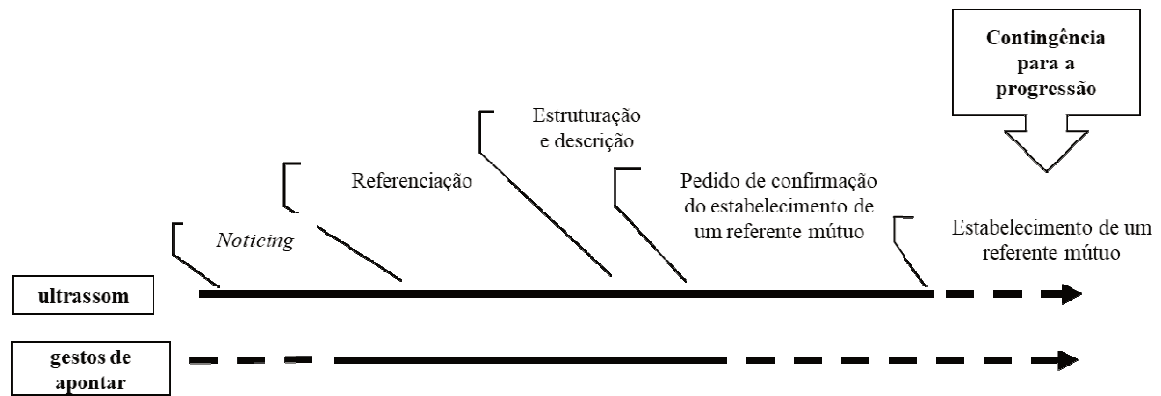
Ele, então, explica que a visibilidade ruim se deve ao fato de que a mão esquerda do feto está posicionada sobre a face. O preceptor também aciona o ponteiro do *mouse* para indicar o local onde a mão do feto cobre sua face (l. 15). É interessante notar que esse recurso é altamente coordenado com a fala do profissional, que inclui algumas informações em seu turno, de modo a sincronizar o ápice do gesto de apontar com o *mouse* ao referente verbal “mão esquerda”. A parte do turno “tu não enxerga direito, (.) porque” poderia ser omitida sem danos ao entendimento da explicação do profissional. Com a omissão dessa parte, o turno ficaria “>porque< aqui em ci:ma tem a mão °esquerda.°”. No entanto, a parte do turno “tu não enxerga direito, (.) porque tem” coincide com o acionamento e o posicionamento do cursor sobre a mão do feto, i.e., ela parece servir como um atraso necessário para sincronizar o ápice do gesto de apontar com a verbalização do referente “mão esquerda”. Em seguida, o gesto de apontar com o cursor se estende a outros referentes: “nariz” (l. 19) e “boquinha” (l. 22).

Ademais, o preceptor explica a posição fetal com um gesto isomorfoestrutural⁷³ (l. 20) e situa o campo de visualização disponibilizado pela imagem (l. 22-23), ação que é seguida de um diretivo “ó”, solicitando a confirmação do entendimento da gestante. Assim que a gestante confirma ter entendido, o preceptor desestabiliza a imagem, remove o acionamento do cursor e procura por outra imagem, concluindo, assim, a sequência.

Nos excertos analisados aqui, foi possível observar como a coordenação entre recursos tecnológicos – tais como congelar, estabilizar, ampliar a imagem e apontar com o ponteiro do *mouse* –, associados ao gesto de apontar com o indicador e a recursos linguísticos – como expressões de exibição de percepção, dêiticos e diretivos – constituem a atividade de mostrar as imagens fetais às gestantes e eventuais acompanhantes. Conforme os excertos evidenciam, a atividade de mostrar o feto tende a ocorrer no formato ilustrado na Figura 8:

⁷³ Como mencionado anteriormente, gestos isomorfoestruturais são gestos que imitam a posição fetal (NISHIZAKA, 2011).

Figura 8 - Organização da atividade de mostrar o feto



Fonte: Elaborada pela autora.

A seguir, explicamos e exemplificamos as ações linguísticas realizadas pelas/os profissionais que constituem a atividade de mostrar o feto, representadas pelas linhas verticais da figura acima.

- Exibição de percepção: “ó” indica que a/o profissional viu algo mostrável, i.e., algo que merece ser compartilhado com a gestante e acompanhante(s). Enquanto as expressões de exibição de percepção operam como indicadores de que algo está prestes a ser mostrado, elas também iniciam a construção de atenção conjunta em direção a esse referente.
- Referenciação: é realizada com expressões dêiticas (“lá”, “aqui”, “isso” etc.) que antecedem ou sucedem os referentes (“o nariz”, “a boca”, “a boquinha”, “a mão” etc.);
- Estruturação do ângulo e disposição das partes vistas: “de frente”, “as mãos tão aqui pra cima”, “a gente só tá enxergando mesmo da:: da boquinha pra ba:ixo aqui assim”;
- Descrição dos movimentos: “botô a mão ali”, “isso que tá mexendo”, “abrindo a boca” e símiles, como “ali parece umas mãozinhas batendo palmas são as válvulas”;
- Pedido de confirmação do estabelecimento de um referente mútuo: “ó”, “tá vendo?”, “tu consegue entendê aqui?”, “consegue enxergá aqui ó?”.

A partir disso, a próxima ação descrita na Figura 8 é realizada pela gestante e/ou acompanhante, e dela depende a progressão da interação.

- Estabelecimento de um referente mútuo: refere-se à resposta da gestante e/ou acompanhante, que indica seu entendimento da explicação sobre a imagem. Geralmente, as respostas são mínimas (“mhm”, “ãrrã”), mas também há casos em que as gestantes demonstram entendimento por meio de respostas mais complexas – como é o caso Excerto 10, em que a gestante avalia que também gostou do perfil. Independentemente do tipo de

resposta, as/os profissionais se orientam para a sinalização de estabelecimento de referente mútuo como uma contingência para a progressão do exame, já que só seguem para a próxima fase após receberem essa confirmação.

Além dos aspectos linguístico-verbais, é notável o esforço das/os profissionais em utilizar ações corporificadas para garantir que as gestantes e acompanhantes vejam as imagens descritas. Esses aspectos são representados pelas linhas horizontais da Figura 8, quais sejam, os recursos do aparelho de ultrassom e os gestos de apontar. A linha sólida nomeada como “ultrassom” representa que os recursos de congelar, ampliar e estabilizar as imagens são acionados desde a primeira ação verbal das/os profissionais – a exibição de percepção – e são mantidos até que a gestante e/ou os/as acompanhantes ofereçam uma confirmação de que estabeleceram o referente mútuo. Somente mediante essa resposta é que as/os profissionais desativam os recursos do ultrassom que garantem a visibilidade do referente. Essa retração é representada pela parte tracejada da primeira linha da Figura 8.

Já os gestos de apontar, seja com o ponteiro do *mouse* do aparelho, seja com o dedo, iniciam com o processo de referenciação e costumam ser retraídos após o pedido de confirmação de estabelecimento do referente mútuo, mas também podem se estender até a resposta da gestante, ou podem acabar logo após a referenciação – a depender das contingências de cada imagem. Por exemplo, quando o foco de atenção recai sobre imagens em movimento, os gestos de apontar com o dedo tendem a ser retraídos rapidamente, pois a mão da/o profissional pode impedir a visualização do movimento. Por outro lado, esse problema não ocorre quando o gesto de apontar é realizado com o *mouse*, já que este, com seu tamanho restrito e formato de seta, opera como um indicador que promove um campo de visualização mais preciso das imagens. Ainda, quando se trata de imagens estáticas, a retração do gesto de apontar tende a ocorrer somente após a confirmação das gestantes.

6.1.2 Descrevendo as Imagens

Enquanto a subseção anterior descreve a fina organização das/os profissionais para mostrar o feto, esta investiga o quanto a não coordenação entre fala, imagem e gestos interfere na falta de entendimento – ou, pelo menos, na ausência de demonstração de entendimento – das gestantes e/ou acompanhantes. Em outras palavras, veremos que os excertos apresentados a seguir, embora, de certa forma, ofereçam uma remota possibilidade para que as gestantes e acompanhantes vejam as imagens, parecem ilustrar práticas por meio das quais as/os profissionais demonstram estar mais orientadas/os para a realização do exame do que para a

socialização do feto, ao passo que os excertos da subseção anterior (6.1.1) colocam a socialização do feto em primeiro lugar e, para tanto, acabam por suspender a realização do exame.

O Excerto 14 é parte de outra interação com a mesma gestante do Excerto 11, da subseção anterior. Nesse exame, a gestação já conta 39 semanas, mas o feto continua apresentando percentil baixo, compatível com uma gestação de 36 semanas. O Excerto 14 faz parte da segunda etapa de uma ultrassonografia obstétrica, mais especificamente da fase em que o preceptor revisa as imagens registradas pela residente.

Excerto 14: HMF_ECOOBST_leticia_DEISE_26_11_13_14m30

```

1          (6.1)+(13.6)
pre          +con./med.-->
2 PRE:      #aqui é o ossinho do fêmur
Ima          #ima.1 C
3          (16.0)+(20.5)
          ->+

```



Imagem 1 C

Assim que o preceptor aciona os cursores para medir o fêmur fetal (Imagem 1), ele descreve que a imagem se trata do “ossinho do fêmur” (l. 2). Como os cursores ainda não estão colocados sobre a imagem do fêmur no momento em que a descrição acontece, compreende-se que o dêitico “aqui” (l. 2) não se refere ao local específico onde o fêmur é visível, mas à imagem como um todo. Dessa forma, o turno da linha 2 se caracteriza como uma descrição da ação a ser desempenhada pelo profissional. É quase como se ele dissesse “agora vou medir o fêmur”.

Assim, a ação da linha 2 se limita a descrever o que está na tela e, de certa forma, caso as interagentes prestem atenção na medida que o profissional fará em seguida, oportuniza a identificação do local exato onde o fêmur se encontra, a partir do manuseio dos cursores do aparelho na tela. Embora a medida do fêmur seja uma variável importante para o cálculo do percentil fetal – preocupação que motivara a realização do exame em questão –, o preceptor não informa esse dado à gestante após o término da medida. Percebe-se, também, que o turno da linha 2, além de não conter ações corporificadas para mostrar o fêmur, não fora formatado

linguisticamente como um convite para a gestante ver, dado que não há exibição de percepção, diretivos nem pedido de confirmação de estabelecimento de referente mútuo.

O Excerto 15, similar ao Excerto 14, ocorre na fase de exame da primeira etapa de uma ultrassonografia morfológica de uma gestação de 23 semanas. A gestante apresenta pressão alta.

Excerto 15: HMF_ECOMORFO_leila_DEISE_06_11_13_18m18V

```

1      (7min54seg) ((RES registra medidas.))
2      +(0.4)
      res +con.---> 1.11
3 RES: #a::h (0.8) ↑que pé
      Ima #ima.1 C
4      (4.1)
5 RES: (°não me deixava vê°)
6      (1.0)      + (10.1) + (0.4)
      res          +med.----+
7 RES: é um {{falsete} ↑peZÃO esse gu↓ri}
8      (1.4)
9 RES: ↑no::ssa senho↓ra
10     (1.1)+(.)
11     res      ->+
```



Imagem 1 C

Depois de um período de aproximadamente oito minutos de realização de medidas de partes fetais sem fala sobre as imagens ou sobre qualquer outro assunto, a profissional congela a tela (l. 2) e sinaliza verbalmente que encontrou algo por meio do marcador de mudança de estado cognitivo “a::h”, seguido da avaliação “↑que pé” (l. 3). A ênfase na intensidade da prosódia do turno em que avaliação é produzida – marcada pelo sublinhado na transcrição – pode indicar que o tamanho do pé seja demasiadamente grande. Porém, o turno (l. 3) não apresenta indicadores precisos sobre a qualidade da avaliação. Ademais, não há indicação gestual ou verbal sobre o local preciso onde o referente “pé” aparece na imagem.

Contudo, a avaliação realizada acaba por nomear para a gestante uma parte do corpo fetal que está projetada na imagem congelada. É inegável que a nomeação da parte fetal, o

congelamento da imagem ao longo da atividade de medir e o posicionamento dos cursores do aparelho nas extremidades do pé fetal são recursos que oportunizam que a gestante veja o referente. Ou seja, embora a residente não utilize gestos dêiticos canônicos, os recursos utilizados decodificam o referente na tela, e isso potencializa sua visualização pela gestante.

No entanto, embora, conforme Pomerantz (1984), avaliações em primeira posição gerem certa relevância condicional para que próximas/os falantes realizem uma avaliação em segunda posição, a gestante não realiza uma segunda avaliação. A ausência de segunda avaliação pode ser explicada por quatro fatores observados na avaliação da linha 3: (a) o formato declarativo do turno; (b) a ausência de qualificação da avaliação (“que pé”, além de indicar que o pé pode ser grande – que é a avaliação feita aqui, conforme observado no turno da linha 7 –, poderia indicar outras características sobre o pé, por exemplo, que o pé seja feio, bonito, defeituoso etc.); (c) a ausência de recursos corporificados que garantiriam o acesso ao referente “pé” na tela; e, possivelmente, (d) o *status* epistêmico da gestante – mesmo entendendo que o turno “que pé” avalia o tamanho do pé do feto, carece de conhecimento técnico sobre o que seria um “pé” fetal grande.

Em termos procedimentais atinentes às atividades realizadas pela profissional, sugere-se que a avaliação da linha 3 seja uma espécie de *account*⁷⁴ sobre o congelamento da tela. Na mesma linha de análise relativa à coordenação das falas sobre as imagens com os procedimentos realizados pela profissional, pode-se observar que o turno da linha 5 também parece oferecer uma espécie de *account*, mas dessa vez o *account* justificaria a longa ausência de fala que antecede a avaliação da linha 3. Trocando em miúdos, a dificuldade em ver o pé, relatada pela profissional na linha 5, justifica o longo silêncio da linha 1.

Por fim, em termos de coordenação entre procedimentos e fala sobre a tela, assim que a residente termina de medir o tamanho do pé fetal (l. 6), ela realiza mais uma avaliação sobre esse referente, mas agora em outro formato. Dessa vez, identifica-se que a característica avaliada é o tamanho do pé do feto, claramente marcado através do aumentativo do substantivo “pé”. Aqui, então, desambígua-se o sentido da avaliação da linha 3.

A atribuição da característica do “pezão” ao referente “esse guri”, em vez de ao “seu feto/bebê”, contribui para a desvinculação da relação entre profissional e gestante como interlocutoras conversando sobre um referente comum, diretamente relacionado à gestante. Ademais, a falta de relação entre o feto de que se fala e sua mãe pode gerar o efeito de retirar

⁷⁴Conforme Scott e Lyman (1990, p. 219), “um *account* é um aparato linguístico empregado sempre que uma ação está sujeita a questionamento avaliativo. Tais aparatos são elementos cruciais na ordem social, uma vez que previnem conflitos ao preencher verbalmente a lacuna entre ação e expectativa.”

da gestante qualquer ingerência sobre o tamanho do feto. Esse argumento é embasado no estudo de Parry (2017), que, ao analisar interações médicas e mundanas, observa que a utilização de marcadores impessoais como “o(s)/a(s)”, “este/a” ou “um/a” (*the, this* ou *a* em inglês) para referenciar partes do corpo distancia a parte corporal e o indivíduo sobre quem se fala. A autora também observa que essa prática é mais recorrente na referenciação a partes do corpo que apresentam algum problema. Como consequência da referenciação impessoal, Parry defende que questões como controle, responsabilidade e culpa pela condição da parte do corpo sobre a qual se fala são afastadas do indivíduo. Argumenta-se que esse efeito também ocorre no contexto das ultrassonografias fetais gravadas, ao se fazer referência ao feto e ao afastá-lo da gestante.

No caso da avaliação da linha 7, além de novamente não identificar a localização do pé do feto com gestos dêiticos canônicos, a profissional não informa a medida registrada. Sabendo a medida em centímetros, que está disponível na tela – mas que, ao menos para a gravação que fizemos, não está visível –, a gestante teria maior acesso epistêmico para poder realizar uma segunda avaliação em relação ao tamanho fetal.

Observa-se, então, que as avaliações contidas nessa sequência não disponibilizam informações suficientes para que a gestante possa realizar segundas avaliações, pois elas estão puramente baseadas no *status* epistêmico da profissional. A utilização da qualidade de voz falsete na produção de mais da metade da avaliação da linha 7 enfatiza a valência dessa avaliação, qual seja, enfatizar a beleza (graça, “fofura”) e até surpresa ao perceber o tamanho do pé fetal (COUPER-KUHLEN, 2003).

Por fim, mais uma evidência de que, aqui, a profissional simplesmente descreve a imagem se deve à finalização da sequência com um grito de reação⁷⁵ “↑no::ssa senho↓ra” (l. 9). Segundo Goffman (1978), gritos de reação sinalizam que a/o falante está “falando sozinha/o”, i.e., que está reagindo verbalmente à experiência vivenciada naquele instante.

Os dois Excertos 16 e 17, apresentados a seguir, diferem-se dos Excertos 14 e 15, principalmente, porque as imagens referidas estão em movimento. O Excerto 16 é parte de uma ecocardiografia fetal de uma gestação de 25 semanas, cuja gestante é diabética, e ocorre no início da fase de exame.

Excerto 16: HMF_ECOCARDIO_amanda_LUANA_11_12_13_50sV

1 * (0.9) *
 méd *amp. ---*

⁷⁵ “Grito de reação” é uma tradução do fenômeno “*response cry*”, sugerida por Gastaldo (2004).

2 MÉD: a gente vai ampliá:, essa ima:gem,
 3 (1.2)
 4 MÉD: *ali o co*raçãozinho, >a gente tá vendo< ele bem: de fren|te
 amp.----
 5 as válvulas *de |dentro do coração parecem
 *con.----->1.7
 6 umas mãozi:nhas batendo palmas, * (3.0) *
 reg.OT⁷⁶-
 7 MÉD: são válvulas de *|de:ntro do coraçã::o,
 ->*
 8 (2.2)

A médica inicia o Excerto 16 anunciando o movimento de ampliação a ser realizado com o aparelho do ultrassom (l. 2). Em seguida, ela, de fato, amplia a imagem no início do turno da linha 4, onde há a oferta da expressão dêitica de lugar “ali” e o início da produção do referente “coraçãozinho”. Além dessa coordenação entre recursos linguísticos e tecnológicos, a profissional também descreve o ângulo da visualização do coração na linha 4, propiciando o entendimento da imagem descrita pela gestante. É interessante observar a utilização do referente “a gente” nos turnos das linhas 2 e 4, o que cria um efeito de inclusão da gestante no processo de realização do exame (l. 2) e observação do feto (l. 4).

Até a linha 4, a profissional utiliza práticas que se assemelham à atividade de mostrar o feto, descritas na subseção anterior. A parte do Excerto 16 que se enquadra nesta subseção se refere aos turnos das linhas 5 a 7, em que a profissional também se utiliza do mesmo símile apresentado no Excerto 12. No entanto, aqui ele não funciona; evidência disso é a falta de confirmação de estabelecimento de referente mútuo pela gestante, ao contrário do que ocorre no Excerto 12.

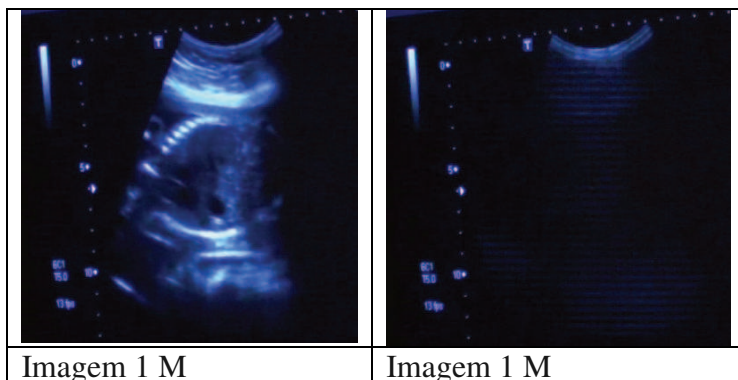
A falta de eficácia do símile no Excerto 16 se deve à descoordenação entre sua produção e a disponibilização da imagem em movimento. A médica congela a imagem antes de comparar o movimento das válvulas com mãos batendo palmas (l. 5). Ou seja, a médica priva a gestante da visualização do movimento foco do símile que a ajudaria a entender a imagem. Com efeito, a gestante não oferece confirmação de estabelecimento de referente mútuo.

O Excerto 17, que se refere a outro momento do mesmo exame de onde o Excerto 12 advém, também faz parte da fase em que a médica examina as imagens e registra medidas.

⁷⁶ Os exames de ecocardiografias são feitos com duas telas: uma tela onde a médica observa as imagens (esta é a que gravamos) e outra que parece servir para o registro das imagens que vão para o laudo – que é o que acontece nessa pausa de três segundos e que fora marcado como “reg.OT= registro em outra tela” na transcrição.

Excerto17: HMF_ECOCARDIO_ema_LUANA_29_01_14_40s

01 + (1.9) + + (1.2)
 méd +m.p.t.--+ test.-->
 02 MÉD: °ali é o # fí:++ga#do, e o estômagô,°
 ->++m.p.t.--->
 Ima #ima.1 M #ima.2 M
 03 (0.7) + + (0.5)
 méd ->+ test.---->>



A médica estabiliza a imagem (l. 1) e, ao iniciar o processo de referenciação, muda a posição do transdutor (l. 2) antes mesmo de concluir a introdução do primeiro referente, o que resulta no desaparecimento da imagem do fígado e do estômago na tela. Aqui, assim como ocorre no Excerto 16, observa-se a descoordenação entre referente visual e verbal. Por isso, a falta de simultaneidade priva a gestante de identificar os referentes.

Assim, a expressão dêitica “ali” (l. 2), tal como no Excerto 14, não se refere ao local específico onde o fígado e o estômago são visíveis, mas a elementos que surgem no caminho em direção ao coração, órgão alvo desse exame – i.e., trata-se da descrição da rota percorrida para alcançar o destino final. Nesse caso, o formato do turno, em entoação contínua e sem pedido de confirmação de estabelecimento de referente mútuo, caracteriza a ação como descrição, e não como convite a ver as imagens.

Os quatro excertos analisados nesta subseção ocorrem sem que as/os profissionais suspendam a atividade de realizar o exame – tanto que inexistente uma preocupação com a coordenação entre imagem, recursos verbais e corporificados. A Figura 9 resume a análise empreendida nesta subseção.

Figura 9 - Organização da atividade de descrever as imagens que surgem na rota



Fonte: Elaborada pela autora.

Se comparada à Figura 8, que ilustra as ações que compõem a atividade de mostrar o feto, é notável a redução de ativação de recursos verbais e corporificados. Aqui, inexistem gestos de apontar, e os recursos ultrassonográficos que garantem a visibilidade dos referentes (congelar, descongelar – em caso de movimentos fetais – e estabilizar a imagem) são retraídos no momento em que a referenciação verbal ocorre. Dessa forma, ainda que essas descrições funcionem como “notícias gerais” sobre o que ocorre na tela, a falta de simultaneidade entre imagem e fala dificulta a identificação dos referentes.

6.1.3 Discussão

A análise desenvolvida nestas duas subseções sugere que a atividade de mostrar as imagens inicia uma sequência interacional e é constituída por referências corporificadas precisamente coordenadas às referências linguísticas utilizadas. Essas sequências envolvem pedidos de confirmação de estabelecimento de referente mútuo (“ó”, “tá vendo?” etc.), garantindo que gestantes e acompanhantes estejam, de fato, aptas/os a ver e entender as imagens. Consequentemente, as gestantes e/ou acompanhantes respondem a essas solicitações com confirmações ou demonstrações de entendimento do estabelecimento do referente mútuo, que se torna uma contingência para a contiguidade do exame. Por outro lado, as sequências de descrição das imagens não convidam as gestantes e acompanhantes a responder, mas parecem estar orientadas para a presença de participantes ratificadas/os de uma atividade de fala incipiente (SCHEGLOFF; SACKS, 1973; SCHEGLOFF, 2007).

Ou seja, durante as sequências em que as/os profissionais se engajam na atividade de mostrar o feto, o exame é suspenso e só é retomado após a confirmação sobre a compreensão das imagens referidas, tanto que, na ausência de resposta, as/os profissionais reparam seus convites para ver, utilizando-se de outros recursos e repetindo os pedidos de confirmação sobre a compreensão das imagens, conforme ocorre nos Excertos 11, 12 e 13.

Por outro lado, a atividade de descrever as imagens – seja ao passar por elas, seja ao examiná-las clinicamente – carece de referenciação corporificada, ocorre em qualquer parte do exame e independe de resposta das gestantes e acompanhantes para que se dê prosseguimento ao atendimento. Ou seja, a atividade de descrever imagens não é projetada para iniciar sequências interacionais. Embora inexista referenciação corporificada, em alguns casos, como nos Excertos 14 e 15, em que as/os profissionais falam sobre as imagens mantendo-as congeladas por um longo período, é possível que gestantes e acompanhantes identifiquem os referentes por si. No entanto, as sequências em que as/os profissionais removem as imagens da tela antes mesmo de nomeá-las, como ocorre nos Excertos 16 e 17, privam totalmente as gestantes e acompanhantes de identificar os referentes.

Ainda, é evidente nos dados analisados que os referentes mostrados pelas/as profissionais são majoritariamente partes externas do corpo, próprias ao senso comum por serem identificáveis a olho nu, tais como mãos, pés, olhos, nariz, boca, perfil etc. Já as partes fetais meramente descritas ao se passar ou analisar as imagens se referem a órgãos e ossos, i.e., partes internas do corpo humano e significativamente incomuns a leigos, tais como válvulas cardíacas, estômago, fígado, fêmur etc. Nesse sentido, é interessante perceber a orientação das/os profissionais a mostrar aquilo que constitui o feto com uma aparência de “bebê”, iniciando sequências interacionais a esse respeito, ao passo que se orientam a mencionar em voz alta, mas sem debruçar trabalho interacional demasiado para iniciar sequências interacionais, referentes relacionados a partes fetais que interessam mais ao exame em si – por constituírem partes vitais do corpo – do que à socialização.

Em suma, é possível comparar o trabalho desenvolvido pelas/as profissionais nos excertos analisados até aqui com a seguinte situação: duas pessoas dirigindo por uma estrada para atingir determinado destino. O caminho é muito conhecido por apenas uma das pessoas no carro. A que sabe o caminho pode ir descrevendo a paisagem e os estabelecimentos que surgem ao longo do percurso enquanto dirige, como ocorre nas descrições das imagens fetais, ou pode decidir parar o carro antes do destino final para mostrar detalhadamente locais específicos, nem que, para isso, tenha de desviar um pouco a rota traçada inicialmente – como ocorre nos convites à diferenciação descritos por Nishizaka (2011), que chamamos aqui de atividade de mostrar as imagens. Assim como motoristas falando sobre a paisagem que surge ao longo do caminho, as/os ultrassonografistas dos nossos dados alocam maior trabalho interacional para falar de referentes esteticamente mais atraentes.

Ao longo da análise, fica evidente que recursos próprios do domínio profissional – originalmente usados para conduzir o exame médico, tais como o cursor do *mouse*, as

ferramentas de ampliar, congelar e estabilizar as imagens – são utilizados também como recursos interacionais, constituindo o que Streeck (2011) chama de hibridização situada⁷⁷.

Segundo o autor, “no curso da interação social, objetos físicos frequentemente acumulam significados situados ao longo do tempo – significados acima e além daqueles através dos quais entram em cena, mas que são mantidos ao longo e além do encontro corrente” (STREECK, 2011, p. 67⁷⁸). Citamos alguns estudos similares ao nosso no que tange à utilização de objetos físicos para a atividade interacional de indicar referentes do ambiente físico: Goodwin (2003b) observa que a pá utilizada por arqueólogos na coleta do material analisado também serve para constituição do gesto de apontar para referentes; Mondada (2012), ao analisar interações durante reuniões entre arquitetos/as, observa o uso de canetas para apontar a referentes interacionais; e Mondada (2007) analisa como cirurgiões utilizam suas ferramentas de trabalho para indicar determinadas partes anatômicas durante cirurgias.

No contexto de ultrassonografia fetal, os recursos cujas possibilidades⁷⁹ (GIBSON, 1979/1986) são primariamente técnicas adquirem possibilidades interacionais assim que são usados como recursos para fazer gestantes e acompanhantes ver o feto. Essa transposição de possibilidades revela a orientação situada das/os próprias/os profissionais em relação ao que Taylor (1998, 2008), Jonsson (2007) e Chazan (2005, 2007) chamam de hibridismo que permeia e constitui as ultrassonografias fetais. A utilização de recursos técnicos para socializar imagens fetais, tornando-as visíveis à sua família, é o ponto nevrálgico, através do qual o hibridismo desse contexto se revela nas miudezas da fala-em-interação.

6.2 Sequências Iniciadas pelas Gestantes e Acompanhantes

De acordo com Pomerantz (1988a, p. 365), ao solicitar uma informação, dispomos de “maneiras de demonstrar mais ou menos conhecimento e/ou certeza” sobre o que é solicitado. Por exemplo, a utilização de perguntas abertas (PERINI, 2005), i.e., perguntas que contêm algum pronome interrogativo (e.g., quem, onde, quando, como, entre outros), contribui para a formação da ação de solicitar informação, pois avalia que quem realiza a pergunta tem um baixo (ou nenhum) grau de conhecimento sobre a informação solicitada. Os nossos dados apresentam o que Fox e Thompson (2010) chamam de *specifying questions* – analisadas e

⁷⁷ “*situated hybridization*”.

⁷⁸ “[...] in the course of social interaction, physical objects often accumulate situated meanings over time – meanings over and beyond those with which they enter the scene, but which they may retain throughout and beyond the current encounter.”

⁷⁹ “*affordances*”.

traduzidas em língua portuguesa por Dexheimer (2016) como “perguntas abertas do tipo específicas”, e por Konrad (2018) como perguntas QU- de tipo específico. Segundo esses estudos, as perguntas abertas do tipo específicas⁸⁰ contêm um pronome interrogativo em seu formato, mas restringem o escopo de respostas possíveis em relação às perguntas abertas.

Por outro lado, a utilização de perguntas polares⁸¹, i.e., perguntas que geram uma expectativa de que a resposta seja “sim”, “não” ou similares, tende a operar para a formação da ação como um pedido de confirmação, já que a/o falante corrente, através do uso de uma pergunta polar, demonstra saber algo que precisa ser confirmado ou desconfirmado pela/o próxima/o falante. Bolinger (1978, p. 104⁸²) argumenta que “[...] uma pergunta polar adianta uma hipótese a ser confirmada”.

Na mesma linha argumentativa, através de uma análise de ligações feitas por uma/um secretária/o de uma escola a famílias de alunas/os que faltaram às aulas, Pomerantz (1988a) observa que uma das estratégias comuns para solicitar informações acerca da razão das faltas acontece através da prática de “oferecer uma resposta candidata”⁸³. Conforme Pomerantz (1988a), ao oferecer uma resposta candidata, quem solicita a informação apresenta um modelo que guia quem está na posição de oferecer a informação a simplesmente confirmar ou desconfirmar a resposta candidata. Em nossos dados, como veremos a seguir, a disposição da imagem na tela oferece às gestantes e acompanhantes informações que contribuem para que elas realizem respostas candidatas acerca do que compreenderam daquelas imagens. Nesse sentido, a tela funciona como uma fonte de informação; porém, as/os participantes leigas/os fazem deferência ao conhecimento especializado das/os ultrassonografistas ao realizarem respostas candidatas sobre essas imagens para serem (des)confirmadas pelas/os profissionais.

O fenômeno de oferta de respostas candidatas já havia sido descrito por Sacks (1992a, 1992b) com outra nomenclatura: “convite à correção”⁸⁴. De acordo com o estudo de Sacks (1992a, 1992b), essa nomenclatura deriva da ideia de que o formato polar da solicitação de informação “convida” a/o próxima/o falante a confirmar o palpite da pergunta ou a oferecer uma informação correta, caso o palpite esteja errado. “Isso é seu?” ou “Ele não é um oficial de polícia.”, que são exemplos de convite à correção mencionados por Sacks (1992a, p. 21⁸⁵), são perguntas que apresentam a informação sobre a qual se necessita apenas uma confirmação ou “correção”.

⁸⁰ Neste trabalho, optamos pela tradução proposta por Dexheimer (2016).

⁸¹ Também chamadas de “perguntas fechadas” por Castilho (2014) e Perini (2005).

⁸² “[...] a polar question advances a hypothesis for confirmation.”

⁸³ “*offering a candidate answer*”.

⁸⁴ “*correction invitation*”.

⁸⁵ “Is it yours?”; “He isn’t a police officer”.

Para a análise dos dados deste estudo, utilizaremos a nomenclatura de Pomerantz (1988a), “resposta candidata”, por evitar a alusão ao que está certo ou errado nas solicitações. Acreditamos que a primeira camada de ação implementada por qualquer oferta de uma “resposta candidata” refere-se à solicitação por informação, que se dá através de uma confirmação ou correção do palpite formulado na pergunta. Utilizamos um exemplo desse tipo de estratégia de solicitação de informação através de uma resposta candidata dos dados de Pomerantz (1988a, p. 360⁸⁶) para sustentar nossa opção pela nomenclatura proposta por ela:

“O Tom está doente que ele não foi à aula hoje?”

Ao oferecer essa resposta candidata à ausência de Tom na aula, não podemos dizer que a/o secretária/o da escola “acertou” ou “errou” o palpite. No entanto, observa-se que o palpite sobre a justificativa da falta de Tom ser uma doença funciona como uma solicitação de informação sobre o motivo da sua ausência. Ou seja, apesar de o mecanismo da oferta de uma resposta candidata repercutir em uma correção ou confirmação da hipótese contida na pergunta, o curso de ação principal implementado através desse mecanismo se revela como uma solicitação de informação. Sendo assim, compreendemos que a nomenclatura proposta por Pomerantz (1988a) seja mais apropriada, e é dela que fazemos uso ao longo desta tese.

Há, no entanto, outro dispositivo de solicitação por informações que se caracteriza por ser “velado”; i.e., através dele, inexiste uma relevância condicional para que a/o próxima/o falante ofereça a informação, pois o formato desses turnos não os constitui como uma primeira parte de um par adjacente. Esse fenômeno foi observado primeiramente por Pomerantz (1980, p. 193), que o chamou de dispositivo de pesca por informações⁸⁷, defendendo que, ao apresentar “[...] o que sabe” sobre algo, a/o falante instiga a/o próxima/o falante a voluntariar uma informação, sem que ela/e seja diretamente indagada/o. Bergmann (1992, p. 143⁸⁸) continua a discussão sobre o fenômeno, acrescentando que “[a]presentar o conhecimento sobre algo de maneira fragmentada ou incerta pode ser visto como um método através do qual a/o falante corrente convida ou induz a/o próxima/o falante a entregar uma versão autêntica”.

Em língua portuguesa, o dispositivo de pesca por informações foi estudado por Sell (2007), em interações entre pacientes aspirantes ao procedimento de vasectomia ou

⁸⁶ “Was Tom home from school ill today?”.

⁸⁷ “*fishing device*”.

⁸⁸ “Presenting his knowledge as fragmentary or uncertain may be seen as a speaker’s method for inviting or inducing the recipient to deliver an authentic version”.

laqueadura e uma psicóloga, em um posto de saúde do SUS; e por Frezza, Ostermann e Souza (2017), no contexto de ligações a uma central de saúde pública. Em ambas as pesquisas, o dispositivo é utilizado pelas/os profissionais e orienta as/os usuárias/os do serviço em questão a fornecerem informações a seu respeito. Nos nossos dados, no entanto, observamos o contrário: aqui são as/os usuárias/os do serviço (gestantes e acompanhantes) que se utilizam do dispositivo de pesca por informações.

A seguir, expomos a análise de alguns excertos selecionados das coleções das sequências iniciadas por gestantes e acompanhantes que seguem os formatos descritos aqui – perguntas abertas do tipo específicas, perguntas polares e relatos – e que realizam a ação de obter informações acerca dos significados das imagens ultrassonográficas.

6.2.1 Solicitando Informações

A coleção que compõe esta subseção é formada por ocorrências de perguntas abertas do tipo específicas, o que, conforme discutido no item 6.2, caracteriza as ações analisadas aqui como solicitações por informações que restringem o escopo das possibilidades de respostas. No entanto, os elementos que constituem essas perguntas são dispostos, na maioria das ocorrências, em posições diferentes da canônica. Segundo a sintaxe da língua portuguesa (BECHARA, 2009), perguntas abertas iniciam com pronomes interrogativos. Contudo, os nossos dados mostram que a organização dos elementos que compõem as perguntas abertas depende de contingências do ambiente interacional em que estão inseridas.

O primeiro excerto desta subseção é parte da primeira etapa de uma ultrassonografia obstétrica, especificamente do início da fase em que a residente procura por imagens de melhor definição e adequação e registra medidas. Trata-se de uma gestante, que apresenta diabetes gestacional, de aproximadamente 16 anos, a qual está acompanhada por sua mãe. O feto conta com 35 semanas.

Excerto 18: HMF_ECOOBST_taina_FERNANDA_02_10_2013_2m25V

```

1      + (5.3)      + + (2.1) #
    res +>>med.AF1---+ +....>
      Ima                                #ima.1 C
2 ACO: +esses vermelho ali >o que que< ↑é
    res +med.AF2--->
3      (1.2)+
    res      --+
4 RES: °isso é o cordão.°
5      (1.6)

```

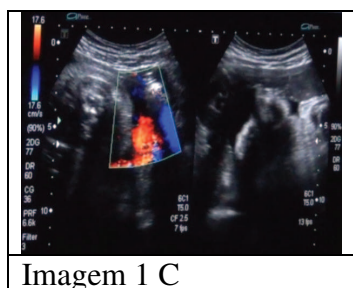


Imagem 1 C

Nessa interação, a acompanhante se posiciona ao lado da cama, inclinando-se por cima da gestante para ter mais acesso visual à tela do ultrassom. No excerto 18, a acompanhante se mostra altamente atenta aos procedimentos realizados pela residente, pois, mesmo a imagem em “vermelho” já estando disponível antes do excerto em questão ter iniciado, a acompanhante aguarda a profissional acabar a medida “AF1” (i.e., do líquido amniótico). Somente quando a profissional inicia o movimento de transição do cursor para selecionar próxima área a ser mensurada – que se caracteriza como a preparação para a realização de uma medida –, durante a pausa de dois segundos e um décimo (l. 1), é que a acompanhante faz sua solicitação de informação, deslocando o referente para a direita do pronome interrogativo e do verbo (l. 2).

Esse deslocamento revela uma orientação da acompanhante à efemeridade das imagens ultrassonográficas, pois a antecipação do referente previne que as interagentes, no caso de a residente descongelar a imagem e movimentar o transdutor, percam a simultaneidade entre a imagem e o referente verbalizado. Nesse sentido, a sintaxe do turno da acompanhante se enquadra no fenômeno chamado deslocamento à esquerda, também observado no trabalho de Stefani (2014, p. 280), que, interessado em descrever como novos referentes são introduzidos na fala-em-interação, analisa interações entre casais realizando compras em um supermercado localizado em uma região de fala italiana da Suíça.

Segundo o autor (2014), os/as participantes alocam os referentes no final de seus turnos quando o acesso visual aos objetos referidos é precário ou inexistente. No entanto, Stefani (2014) observa que, quando a referenciação é produzida na presença do material referido, ocorre um deslocamento à esquerda, que é descrito pelo pesquisador como “[...] uma solução sedimentada e gramaticalizada para um problema prático que clientes enfrentam sistematicamente no contexto de supermercado, e que consiste em orientar a atenção conjunta em direção a um ‘novo’ objeto e em, subsequentemente, dizer algo sobre ele” (STEFANI,

2014, p. 280⁸⁹). Nos nossos dados, o deslocamento do referente à esquerda aparece como uma solução situada para a efemeridade dos referentes. Os próximos dois excertos também apresentam esse fenômeno.

Voltando à análise do Excerto 18, a residente, por sua vez, só responde depois de uma pausa (l. 3), quando termina a medida da área de líquido amniótico 2 (AF2). Ou seja, apesar de a gestante ter solicitado a informação na transição entre as medidas, a profissional inicia a medida AF2 no início do turno da acompanhante (l. 2). Ao responder apenas após a finalização da medida (l. 4), a profissional demonstra estar orientada para as multiatividades que realiza.

Goodwin (1981, p. 106) trata do fenômeno chamado “retirada ocupada por uma atividade”⁹⁰, descrevendo como as/os próximas/os falantes se desengajam de algumas sequências ao se orientarem para o final de turnos de falantes anteriores, com demonstrações de que estão engajados em outra atividade (levando algum alimento ou bebida à boca, por exemplo). Em nossos dados, alguns turnos das/os profissionais são atrasados quando as atividades de realizar o exame e de falar sobre as imagens ocorrem simultaneamente, como observado no Excerto 18. Veremos, ao longo da análise, outras ocorrências de como as/os interagentes lidam com essa competição entre multiatividades.

O Excerto 19 se assemelha ao Excerto 18 em três quesitos: (a) o local de ocorrência na organização geral do exame (também ocorre no início da fase de registro de medidas da primeira etapa de uma ultrassonografia obstétrica); (b) trata-se de um feto de 35 semanas cuja gestante apresenta diabetes; e (c) apresenta uma solicitação feita por meio de uma pergunta aberta do tipo específica com deslocamento à esquerda. Vejamos:

Excerto 19: HMF_ECOOBST_livia_DEISE_20_11_13_16m40V

```

      res >>aju.med.---->>
1          (9.7)
2  GES:   #aí é o quê?
      Ima #ima.1 C
3  RES:   barriga.
4          (5.5)
5  RES:   (isso aí a gente) vê se o nenê tá bem,
6          se tá controlando bem o diabete
7          ou ↑nã:o
8          (1.4)

```

⁸⁹ “[...] a sedimented, grammaticalised solution for a practical problem that shoppers face systematically in the supermarket setting, and that consists precisely in orienting the joint attention towards a ‘new’ object and in subsequently saying something about that object.”

⁹⁰ “*activity-occupied withdrawal*”.

9 RES: se ele tá gordinho, tá indo muito
 10 açúcar pra ele
 11 (9.5)

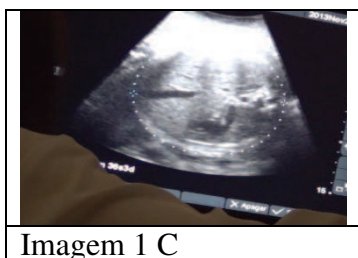


Imagem 1 C

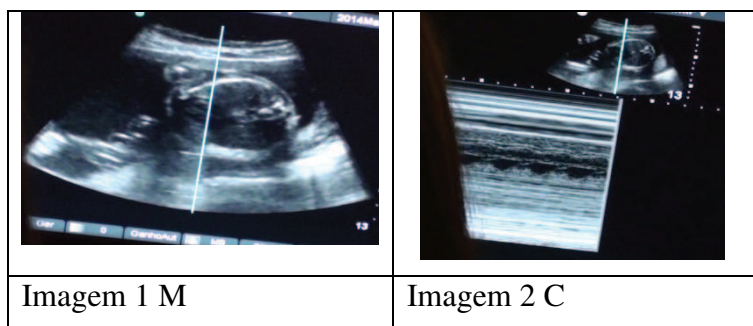
Aqui, quando a médica está acabando de ajustar a circunferência exata do abdômen para registrar a medida (l. 1), a gestante solicita a identificação da imagem projetada (l. 2), por meio também de um turno com referente de lugar deslocado à esquerda do verbo e do pronome interrogativo, ao que a residente responde imediatamente (l. 3). O imediatismo em responder pode estar relacionado ao tempo que a profissional leva para finalizar a medida em questão, que se estende para além do término do excerto.

Nesse sentido, percebe-se que o momento crucial da finalização da medida, como ocorre no Excerto 18, compete com a orientação à contiguidade da interação, i.e., é preciso primeiro terminar a atividade profissional técnica para, então, responder à atividade de socialização do feto. No entanto, quando a realização de uma medida não ocorre no momento extremo final, a atividade de socialização não a interrompe, sendo possível realizar as duas atividades simultaneamente, conforme observado no Excerto 19. Em suma, com certo atraso ou não, as solicitações de informação sobre imagens orientadas à sequência da realização dos exames tendem a ser atendidas pelas/os profissionais.

O Excerto 20 acontece na metade da fase de realização de medidas da primeira etapa de uma ultrassonografia morfológica. Trata-se de uma gestação de 23 semanas. Nesse caso, a gestante tem histórico de perdas e diabetes gestacional.

Excerto 20: HMF_ECOMORFO_talise_RAFAELA_26_03_14A

1 + (1min) # (8.0) # (3.0) +
 res +oscila 6X entre as ima.1 e 2 +
 Ima #ima.1 M #ima.2 C
 2 GES: isso aí seria o ↑quê na tela
 3 (0.8)
 4 RES: cora↑ção
 5 GES: (°↑m:↓h:m°)
 6 (0.9)
 7 RES: dá pra ver bem direitinho
 8 GES: mhm



Ao longo do minuto que antecede a solicitação de informação da gestante (l. 2), a residente varia a projeção das Imagens 1 e 2 por seis vezes. Essa oscilação repetitiva pode ter influenciado o formato da solicitação da gestante, que não qualifica os referentes dêiticos “isso aí”, demonstrando, assim, que o entendimento sobre a imagem que aparece na tela é compartilhado pela residente, já que ela passou repetidamente por “isso aí” – i.e., essa imagem apareceu na tela seis vezes consecutivas. Aqui a gestante também solicita uma informação através de uma pergunta aberta de tipo específica, com o referente deslocado à esquerda (l. 2), o que, como mencionado anteriormente, revela sua orientação para a efemeridade do referente, que pode desaparecer da tela a qualquer momento, como ocorrera nas outras cinco vezes em que essa imagem apareceu (l. 1). Em nossos dados, o formato da pergunta aberta também revela o desconhecimento da gestante sobre o que a imagem possivelmente representa, implementando, dessa forma, a ação de solicitar uma informação. Já as perguntas polares analisadas na próxima subseção revelam um maior grau de conhecimento – ou, ao menos, de posicionamento – das gestantes e/ou acompanhantes, pois seu formato apresenta uma informação a ser meramente confirmada ou desconfirmada pela profissional, já que se trata de algo que interpretaram sobre as imagens.

O Excerto 21 ocorre na metade da fase de realização de medidas da primeira etapa de uma avaliação obstétrica. Vejamos como o formato da solicitação da acompanhante, mãe da gestante, difere-se dos demais observados nesta subseção.

Excerto 21: HMF_ECOOBST_fabia_DEISE_29_10_13_6m50V

```

1      (lmin37seg) ((RES procura imagens e registra medidas.))
2      + (3.6) + + (1.8)          + (7.7)
      res +est.---+ +con.amp.--> +med.-->
3 ACO: #o que que é pra ser isso aí?
      Ima #ima.1 C
4      (0.6)
5 GES: a perna
6      (.)
```

7 RES: <i:sso>
8 (1.7)

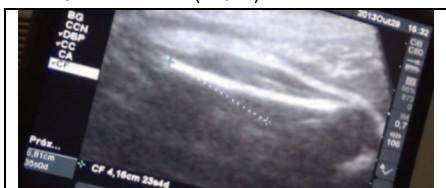


Imagem 1 C

Quando a profissional aciona os cursores para iniciar a captura da medida do fêmur (l. 2), a acompanhante faz a solicitação de informação (l. 3) por meio de uma pergunta aberta de tipo específica sem deslocamento à esquerda, i.e., aqui, a acompanhante segue o formato canônico de perguntas abertas em língua portuguesa (pronome interrogativo + verbo + referente). Quem responde é a gestante (l. 5). Ainda assim, a profissional, que não responde prontamente – haja vista a pequena pausa entre a solicitação da acompanhante e a resposta da gestante, pois está realizando a medida –, confirma a resposta da gestante (l. 7). A pergunta aberta sem deslocamento à esquerda (l. 3) é utilizada em consonância com a estabilidade da imagem que está congelada, diferentemente do que ocorre nos Excertos 18, 19 e 20 desta subseção, em que gestantes e acompanhantes deslocam os referentes à esquerda como solução à possível efemeridade visual dos referentes naquelas ocorrências, uma vez suas solicitações ocorrem em momentos de possível transição de imagens, i.e., as solicitações ocorrem no final ou quase no final de uma medida.

6.2.2 Oferecendo Respostas Candidatas

A coleção que compõe esta subseção é formada por ocorrências de perguntas polares, o que, conforme discutido no item 6.2, caracteriza as ações analisadas aqui como ofertas de respostas candidatas, orientando as/os profissionais a confirmar ou a desconfirmar a informação contida nos turnos das gestantes e/ou acompanhantes.

O primeiro excerto desta subseção é parte de uma interação apresentada na subseção anterior, qual seja, Excerto 19: uma avaliação ultrassonográfica obstétrica de um feto de 35 semanas cuja gestante apresenta diabetes. O Excerto 22 ocorre quando a fase de medição da primeira etapa do exame se aproxima do final.

Excerto 22: HMF_ECOOBST_livia_DEISE_20_11_13_18mV

```

1          + (10.6)
    res  +med.----->>
2  GES:   #aí tá a perna?
    Ima   #ima.1 C
3          (1.8)
4  RES:   °mhm, °

```

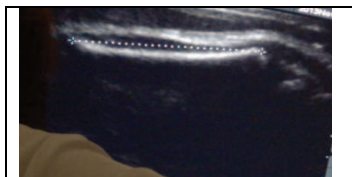


Imagem 1 C

A gestante solicita confirmação de que a imagem congelada selecionada pelos cursores se refere à “perna” do feto (l. 2). A residente, por sua vez, não confirma imediatamente, mas apenas depois de dois segundos de pausa (l. 3), tempo em que a profissional se mostra ocupada com a finalização da seleção da área do fêmur a ser medida. Como podemos observar na Imagem 1, quando a gestante solicita confirmação (l. 2), a residente já havia colocado os cursores sobre o fêmur fetal. No entanto, a profissional termina de ajustar os cursores dessa medida apenas após sua resposta (l. 4). Aqui, as contingências da atividade de realizar o exame superam as contingências interacionais que privilegiam respostas sem atrasos.

Vejamos como o Excerto 23 se difere do 22. Trata-se de uma avaliação obstétrica de uma gestação gemelar de 36 semanas, e a gestante apresenta toxoplasmose. O Excerto 23 constitui parte da fase de medição da primeira etapa de uma ultrassonografia obstétrica.

Excerto 23: HMF_ECOOBST_eva_DEISE_29_10_13A_11m39s

```

1          + (11.7) #
    res  +est.---->
    Ima          #ima.1 M
2  GES:   >isso aí< é da ca↑beça
3  RES:   é.
4          (2.0)+ + (10.8)
    res  -->+ +pro.-->>

```

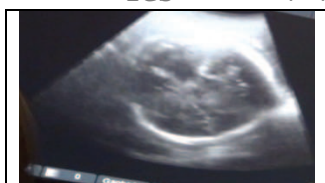


Imagem 1 M

Apesar de o formato do pedido de confirmação dessa gestante ser muito parecido com o formato utilizado pela gestante do Excerto 22, aqui a residente não atrasa sua confirmação (l. 3). Sugere-se que o exato momento em que o pedido de confirmação é realizado influencia a temporalidade da resposta. No Excerto 22, a gestante faz seu pedido quando a residente está no auge da seleção com os cursores do osso do fêmur, o que demanda concentração para finalização da ação. Assim, a orientação a essa contingência da atividade técnica de realização do exame resulta no atraso da resposta da profissional.

No Excerto 23, no entanto, embora a residente estivesse com o transdutor estabilizado há mais de dez segundos (l. 1) sobre a imagem da cabeça fetal, ela não estava em meio à realização de medidas – tanto que, logo após sua confirmação, a profissional procura por outra imagem (l. 4). Assim, a despeito de ambos os pedidos de confirmação terem sido motivados pela imagem projetada na tela, o pedido realizado no Excerto 23 não ocorre em meio à atividade de medir, o que facilita que a profissional responda prontamente.

O Excerto 24, apresentado a seguir, é parte de outra ultrassonografia obstétrica de outra gestação gemelar, que conta com 30 semanas, e a gestante possui um histórico de perdas gestacionais. O excerto em questão faz parte do início da primeira etapa do exame, especificamente, da fase em que a residente examina as medidas sem a supervisão de preceptoras/es.

Excerto 24: HMF_ECOOBST_glaucia_DEISE_26_11_13_1m40s V

```

1      + (30.2)
      res +pro.--->>
2 GES: #os do:is tão de cabeça pra baixo ai[nda?]
      Ima #ima.1 M
3 RES:                                     [nã:o] sei.
4      (1.6)
5 RES: tô tentando entende
6      (4.5)
7 RES: °não sei mesmo°
8      (4min.58seg.)

```



Imagem 1 M

Ao longo da procura por imagens que antecede o pedido de confirmação da gestante, a profissional passa diversas vezes pelas cabeças e abdomens dos fetos, como pode ser observado na Imagem 1. Ao fazer o pedido de confirmação sobre a posição das cabeças dos

bebês (l. 2), a gestante se mostra orientada para imagens arredondadas projetadas na tela naquele momento. Além disso, o uso do advérbio “ainda” aciona a pressuposição de que ela sabe que os fetos estavam de cabeça para baixo antes. Ou seja, nesse excerto, a gestante não se mostra somente orientada para as imagens arredondadas, mas também para um conhecimento prévio sobre a disposição dos fetos, cuja manutenção deseja confirmar.

Em fala sobreposta ao final do turno da gestante e com ênfase no advérbio de negação “n:ão”, a profissional responde sem atender à expectativa da solicitação da gestante, indicando o desconhecimento sobre a posição das cabeças fetais (l. 3). Depois de uma pausa de um segundo e seis décimos (l. 4), a residente elabora sua resposta explicando que está “tentando entendê” (l. 5), enquanto continua movimentando o transdutor. Após uma ausência de fala ainda mais longa (de mais de quatro segundos, l. 6), a profissional repete que realmente não sabe a posição dos fetos (l. 7).

Observa-se aqui que a gestante realiza sua solicitação em uma posição deslocada em relação à organização estrutural do exame, já que, até esse momento da interação, a residente ainda não tivera acesso à informação solicitada. Contudo, a interação termina sem que a profissional informe à gestante as posições fetais. A gestante, por sua vez, não repete sua solicitação e sai do exame sem obter essa informação. É possível que ela não tenha repetido sua solicitação em decorrência do formato abrupto da resposta profissional (l. 3 e 7) e da sugestão de que o pedido de informação tenha sido alocado em um momento “inadequado” (l. 5).

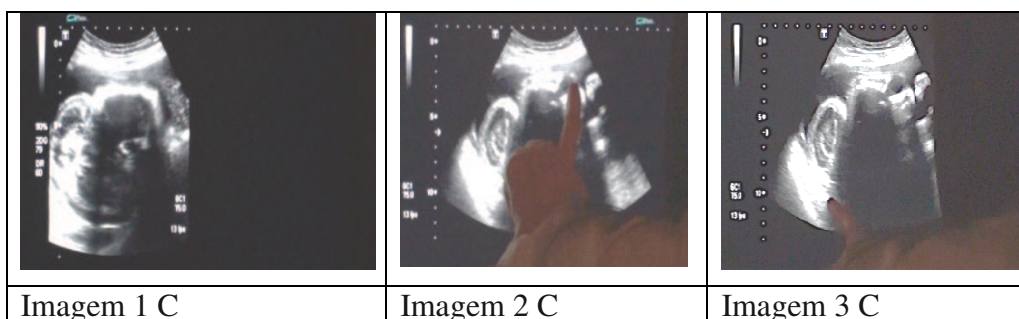
O Excerto 25 apresenta outra forma de lidar com solicitações deslocadas das gestantes e acompanhantes. O feto de 28 semanas é examinado através de ultrassonografia obstétrica, com a presença do companheiro da gestante, e apresenta encefalocele⁹¹. O excerto em questão inicia na primeira etapa do ultrassom, no final da fase em que a residente registra medidas.

Excerto 25: HMF_ECOOBST_renata_DEISE_05_11_13_6m52 V

```
1      + (11.1)
    res +pro.->1.8
2 ACO: #ali é os olhos?
    Ima #ima.1 C
3      (0.7)
4 RES: já vou te explicá
5      (18.1)
6 RES: o que vocês vão ver tá aqui embaixo
7      (2.6)
```

⁹¹ Ecefalocele se trata de um crescimento de tecidos cerebrais para fora da caixa craniana.

8 RES: aqui ó, + +(.) +aqui é uma ór+bita #tá:,
 + +con.--->l.12
 +.....+apo.I---->
 Ima #ima.2 C
 9 os olhi+nhos tão (virados) lá pra ↑cima
 -->+
 10 +(0.4) e aqui tem um +pouquinho da calota
 +.....+apo. circulando a área c/ I-->
 11 e aqui- o: sistema nervoso # tá pra fora+ °aqui°+
 -->+,,,,,,+
 Ima #ima.3 C
 12 GES: °mhm°+
 -->+
 13 (1.7)



O acompanhante, orientado para a imagem congelada em metade da tela do ultrassom (Imagem 1 C), solicita a confirmação de que se trata dos olhos do feto (l. 2). A residente oferece uma resposta que não atende à solicitação de confirmação prontamente, mas que garante retomar o assunto em seguida (l. 4). Assim, a profissional termina a atividade que estava realizando (l. 5) e, em seguida, delimita a área daquilo que será mostrado na tela em relação ao abdômen da gestante (l. 6). Provavelmente, o turno da linha 6 é acompanhado por algum recurso corporificado para definir o sentido dos dêiticos “aqui embaixo”, indicando o local no abdômen da gestante.

A residente busca construir atenção conjunta dos participantes para a tela, através do dêitico “aqui” somado ao diretivo “ó” (l. 8). Em seguida, a profissional congela a imagem e aponta para o que ela nomeia de “órbita” com o dedo indicador (l. 8). A explicação sobre o posicionamento dos olhos do feto em relação ao mundo exterior (“pra ↑cima”, l. 9) auxilia os participantes a estruturar a imagem descrita.

Após uma curta ausência de fala, ocupada pela preparação do gesto de apontar (l. 10) – i.e., pelo movimento de retirada da mão dos comandos do aparelho e em direção à tela –, a profissional mostra aos participantes algo que não fora solicitado por eles: a malformação que o feto apresenta. A residente apresenta a imagem delineando com o dedo indicador a “calota”

craniana e a parte do sistema nervoso que está “pra fora” da calota (l. 10-11). A despeito do esforço corporificado dedicado a mostrar o feto através do acionamento do recurso de congelar a tela e de identificar os referentes por meio do gesto dêitico de apontar, observa-se que a gestante responde minimamente às explicações da profissional. Já o acompanhante, que fora quem fizera o pedido de confirmação (l. 2) do qual resultou a sequência de explicação da residente, não apresenta demonstrações verbais de entendimento dos referentes indicados. A falta de engajamento dos participantes pode ser em decorrência dos seguintes fatores:

- 1) O jargão técnico utilizado pela profissional (“órbita” e “calota” em vez de “olho” e “cabeça”);
- 2) A qualidade da imagem, que pode ser ininteligível para um público leigo;
- 3) O fato de que parte dos referentes mostrados constitui a malformação fetal, que não corresponde à solicitação do acompanhante.

Ao compararmos as respostas às solicitações dos últimos dois excertos, 24 e 25, percebemos que ambas constituem respostas que não atendem ao pedido de confirmação realizado no turno anterior. Contudo, elas se diferenciam significativamente quanto aos formatos e ações. A resposta oferecida no Excerto 24 é produzida em formato preferido – em fala sobreposta ao final do turno anterior e com ênfase no advérbio de negação (“[nã:õ] sei.”) – apesar de não responder ao pedido de confirmação e de não oferecer *accounts* para isso imediatamente, o que é feito somente nos turnos subsequentes. Já a resposta oferecida no Excerto 25 vem atrasada (depois de quase um segundo de pausa, l. 3), o que demonstra sua orientação para a despreferência em deixar de atender à ação do turno anterior, mas constitui uma garantia de que o pedido será atendido o mais breve possível (“já vou te explicá”, l. 4).

De fato, em ambas as situações, a profissional se orienta a contingências que a impedem de confirmar o pedido prontamente. No entanto, a primeira resposta desqualifica a solicitação da gestante como uma pergunta merecedora de resposta, tanto que nenhuma das participantes volta a tratar desse assunto no restante daquela interação. Por outro lado, a segunda resposta apenas posterga a confirmação da informação solicitada e até apresenta informações além do que fora solicitado. Nesse sentido, esses dois últimos excertos exemplificam o que Clayman (2002) chama de solidariedade interacional, ou o que Heritage chama de solidariedade social: enquanto a primeira resposta ameaça a solidariedade interacional ao oferecer uma resposta que não atende a solicitação anterior, a segunda resposta, a partir de uma postergação que garante o acesso à informação solicitada nos turnos

subsequentes, constitui um tipo de resposta que está de acordo com a preocupação em preservar relações solidárias entre interagentes.

6.2.3 Pescando Informações

Esta subseção apresenta uma prática menos comum que as descritas nas duas anteriores. Aqui, apresentamos a análise de dois excertos que compõem a coleção das sequências iniciadas por gestantes e acompanhantes através de um formato que não exige que as/os profissionais respondam. Ou seja, não se trata de uma pergunta propriamente dita, mas de uma apresentação da percepção das gestantes e acompanhantes, normalmente mitigada por verbos de cognição que revelam o teor tentativo das asserções feitas, deixando as/os profissionais livres para (des)confirmar tal informação ou não. Portanto, como os turnos não contêm formatos que criam uma relevância condicional para que haja uma resposta, a decisão de continuar a interação, tratando esses turnos como iniciadores de sequências, é livre de obrigação e responsabilidade por parte das/os profissionais. Conforme descrito anteriormente, trata-se do que Pomerantz (1980) chama de mecanismo de pesca por informações.

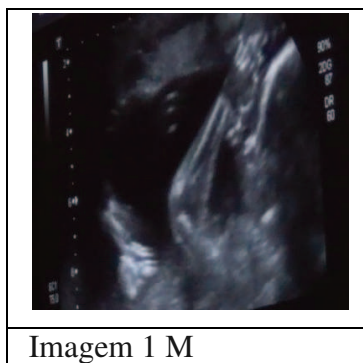
Vamos às análises.

O Excerto 26 é parte do final da segunda etapa, especificamente do final da fase em que a preceptora revisa as imagens registradas pela residente, e tem origem no mesmo exame de onde o Excerto 10 é proveniente. Recordemos aqui que a gestante fora encaminhada a esse hospital por conta de uma hérnia diafragmática que o feto, de 22 semanas, apresenta.

Excerto 26: HMF_ECOOBST_edineia_DEISE_19_11_13_41m40

```

1          * (5.3)
    pre *est.----->>
2 ACO: #>parece que tá chupando o ↑dedo<
    Ima #ima.1 M
3          (0.8)
4 PRE: >por a↑li<
5          (.)
6 PRE: mas não tá.
7          (1.2)
8 PRE: na frente do rosto.
9          (3.4)
```



Através do acesso visual à Imagem 1 M, que fora mantida estabilizada por mais de cinco segundos (l. 1), o acompanhante apresenta, por meio de um turno em formato declarativo, o seu entendimento da imagem projetada. O uso do verbo sensorial “parece” funciona como um atenuador da autoridade epistêmica do acompanhante em relação ao feto estar, de fato, “chupando o dedo” (l. 2) – i.e., o verbo “parece” indica uma interpretação leiga da imagem visualizada. A preceptora, por sua vez, orienta-se para o turno do acompanhante como um pedido de confirmação e, com um pequeno atraso, responde com uma confirmação parcial (“por ali”, l. 4). Em seguida, a profissional elabora sua resposta desconfirmado que o feto esteja chupando o dedo (l. 6), mas confirmando que a mão está na frente da face (l. 8), o que, novamente, chancela parte do entendimento do acompanhante como correta.

O Excerto 27 é parte do final da segunda etapa de uma avaliação morfológica de uma gestação de 27 semanas com apresentação de diabetes gestacional. Da mesma forma que o Excerto 26, este também pertence ao final da fase em que a preceptora revisa as imagens registradas pela residente.

Excerto 27: HMF_ECOMORFO_cleusa_DEISE_22_01_14_10m22s⁹²

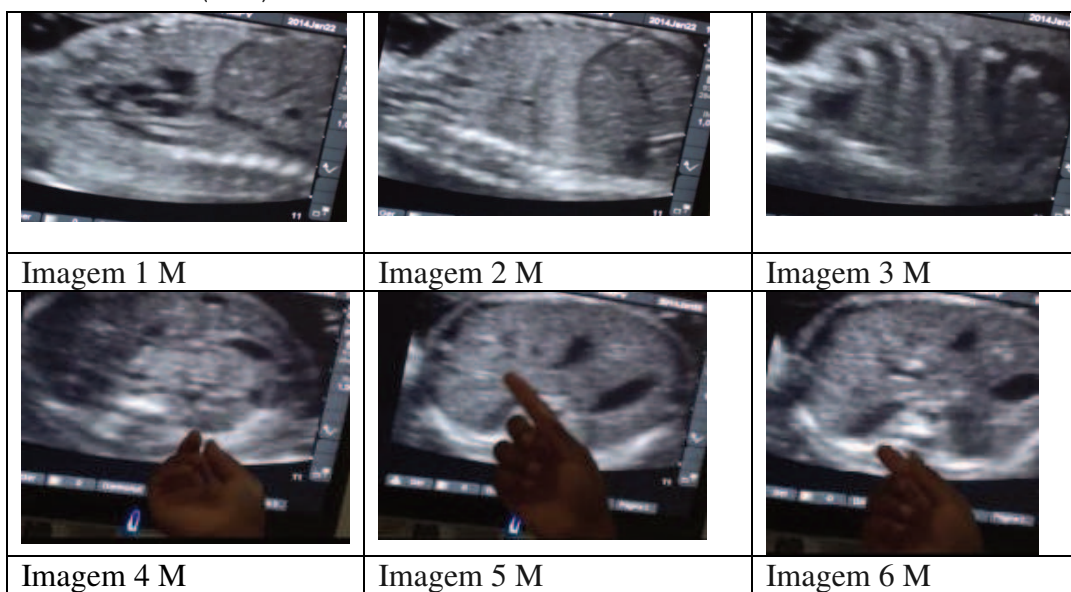
```

1      * (26.0) #
      pre *pro.---->>
      Ima      #ima.1 M
2 GES:  aquela parte que tá aí # >parece
3      um tatu-bola< né xx
      Ima      #ima.2 M
4      (.) #
      Ima      #ima.3 M
5 PRE:  é o quê?
6 GES:  parece um °tatu {{rindo} bola°}
7      (0.5)

```

⁹² Parte da discussão trazida a esse texto foi desenvolvida em apresentações em eventos acadêmicos (FREZZA; OSTERMANN, 2017a; FREZZA; OSTERMANN, 2017b; OSTERMANN; FREZZA, 2018).

8 PRE: *hhhh=*
 9 GES: *=eu vou te mostrá pra ti ver*
 10 (2.3)
 11 PRE: *e:u não tô vendo tatu-bola nã:o.*
 12 GES: *Hãhãhãhãhãhãh*
 13 (3.1)
 14 PRE: *e:::u >não sei do que tu tá falando,<*
 15 (7.7)
 16 GES: *essa Δparte Δ# aí:. (0.7)*
 Δ.....Δcircula 2x apo.I-->
 Ima #ima.4
 17 PRE: *bã- # a::: Δisso # aí >é oΔ abdômen<*
 ges ->Δ,,,,,,,,,,,,,Δ
 Ima #ima.5 M #ima.6 M
 18 (0.7)
 19 PRE: *agora entendi o tatu bola.*
 20 GES: *hehehe hh*
 21 (4.5)



Após 26 segundos em que a preceptora procura por imagens enquanto há ausência de fala, a gestante revela seu entendimento da imagem fetal recentemente projetada (l. 2-3). Em seu comentário, ela faz uso de um símile, comparando a parte projetada a um “tatu bola”. A preceptora inicia um reparo (l. 5) que sinaliza um problema de compreensão auditiva do que seria o objeto de comparação. Em seguida, a gestante repete o sintagma verbal, sorrindo (l. 6). O uso do símile no turno da gestante torna inviável – ou ao menos improvável – que a profissional se oriente para (des)confirmá-lo. No entanto, o turno da gestante (l. 2-3) poderia ser uma tentativa de pescar a informação sobre o que está sendo projetado na tela, que, para ela, se parece com um tatu-bola. Caso este tenha sido o projeto daquele turno, ele falha, já que

a preceptora responde rindo (l. 8), sem aproveitar a oportunidade para voluntariar a informação sobre o que, de fato, está sendo projetado.

No entanto, a gestante atribui a ausência de esclarecimento do que é realmente o “tatu bola” ao fato de o referente visual a que se referia nas linhas 2-3 não estar mais disponível na tela. Essa orientação é revelada na linha 9, quando a gestante se oferece para mostrar a imagem à preceptora assim que ela reaparecer na tela. Tal oferta parece reconsiderar a fonte do problema que dispara o início de reparo (l. 5), que antes fora tratado como um problema de audição (l. 6) e que agora (l. 9) é tratado como um problema causado pela efemeridade do referente. Enquanto a imagem a que a gestante se refere não reaparece na tela, a preceptora primeiramente confirma não ter acesso visual à imagem (l. 11) e, consequentemente, demonstra não entender a que a gestante se refere (l. 14). Ou seja, aqui a preceptora parece oferecer uma justificativa pela falta de oferta do referente técnico do símile “tatu bola”.

Na linha 16, de acordo com a gestante, a imagem referida no início do excerto volta a ser projetada, e a gestante introduz o referente através da expressão dêitica “essa parte aí” e do gesto dêitico de apontar, circulando com seu dedo indicador na tela (l. 16, Imagens 4, 5 e 6). Percebe-se, no entanto, que não se trata da mesma imagem referida no início do excerto (compare as Imagens 1, 2 e 3 com as Imagens 4, 5 e 6), o que reforça a ideia de que o símile fora simplesmente um recurso para obter alguma informação sobre os referentes projetados na tela.

A preceptora, então, orientada pela indicação verbal e corporificada do referente, oferece um marcador de mudança de estado cognitivo (“a:::”, l. 17), que sinaliza o momento exato em que compreendera o referente. Tão logo a preceptora demonstra ter entendido o referente, a gestante retrai o gesto dêitico de apontar (l. 17, Imagens 5 e 6). Então, no mesmo turno (l. 17), a preceptora oferece a informação técnica sobre a parte fetal projetada, qual seja, o abdômen. Logo, a busca velada por informação iniciada nas linhas 2-3 é concluída apenas na linha 17.

Aqui o gesto de apontar se torna crucial para a construção de atenção conjunta, uma vez que ele é acionado e mantido pela gestante até que o estabelecimento do referente do símile seja demonstrado pela profissional – tanto que a preceptora produz uma formulação reveladora de que o trabalho dispensado a entender o referente “tatu-bola” fora concluído nesse momento (l. 19, “agora entendi o tatu bola.”). Nesse caso, a profissional está na posição de compreender o referente de “tatu-bola” na imagem, que é o papel normalmente ocupado pelas gestantes: o de ligar os referentes introduzidos pelas profissionais às imagens projetadas.

O que ocorre com essa inversão de papéis é justamente a revelação do quão difícil pode ser o processo de atribuição de sentido quando os *status* de leigo e técnico interferem na intersubjetividade dos/as interagentes. Da mesma forma que a profissional apresenta dificuldades para compreender o referente de “tatu-bola” do comentário da gestante sem indicação gestual na tela, as gestantes também podem se debater para compreender os referentes técnicos em relação às imagens projetadas.

Para finalizar, é importante observar que o verbo sensorial “parecer” opera diferentemente em cada excerto desta subseção. No Excerto 26, ele funciona como atenuador da autoridade epistêmica do acompanhante (“>parece que tá chupando o ↑dedo<”), o que resulta na orientação da preceptora em confirmar ou desconfirmar a proposição. Por outro lado, o verbo “parecer” é um recurso que constitui o símile do Excerto 27 (“aquela parte que tá aí >parece um tatu bola< né”). Ou seja, a profissional até poderia confirmar ou desconfirmar a proposição contida no símile produzido pela gestante, mas o que ocorre é a oferta da informação sobre o referente técnico comparado a um “tatu-bola”. Nesse sentido, o dispositivo de pesca por informações (POMERANTZ, 1980) opera aqui tanto para pedir confirmação quanto para solicitar informações.

6.2.4 Discussão

Ao comparar os formatos, ações e temporalidades das sequências iniciadas pelas gestantes e acompanhantes analisadas na seção 6.2, encontramos alguns pontos que valem ser discutidos aqui. Primeiramente, ficam evidentes as características que as diferem quanto à ação e ao formato:

Quadro 4 - Formatos e ações das sequências iniciadas por gestantes e acompanhantes

Primeira parte do par	Formato	Ação implementada	Relevância condicional gerada
“esses vermelho ali >o que que< ↑é” “aí é o quê?” “isso aí seria o ↑quê na tela” “o que que é pra ser isso aí?”	Pergunta aberta do tipo específica	Pedido de informação	Oferta de informação
“aí tá a perna?” “>isso aí< é da ca↑beça” “os do:is tão de cabeça pra baixo ai[nda?]” “ali é os olhos?”	Pergunta polar	Pedido de confirmação	(Des)confirmação
“>parece que tá chupando o ↑dedo<” “aquela parte que tá aí >parece um	Declaração	Pesca por informação ou	Oferta de informação ou

tatu-bola<"		(des)confirmação	(des)confirmação
-------------	--	------------------	------------------

Fonte: Elaborado pela autora.

Uma reflexão sobre esses resultados nos faz retomar o argumento de Mitchell (2001) sobre as gestantes e acompanhantes serem *altamente* dependentes das explicações voluntariadas pelos/as profissionais para compreenderem o significado das imagens. Através das solicitações de informações, as gestantes e acompanhantes deixam de ser *altamente* dependentes das/os profissionais, uma vez que as/os mobilizam para oferecer determinadas informações sobre as imagens. Ou seja, ainda que dependam dos/as profissionais para *obter* as informações que desejam saber, ao solicitar por informações, as gestantes escolhem as partes da imagem que precisam ser esclarecidas e, assim, deixam de depender das informações voluntariadas pelos/as ecografistas – i.e., as gestantes e acompanhantes se tornam agentes da escolha do aspecto que será comentado.

Nesse sentido, por meio de turnos iniciadores de sequências sobre imagens projetadas na tela, as gestantes e acompanhantes manifestam seu *status* epistêmico (HERITAGE, 2013) de leigas/os quanto a questões de saúde fetal. Contudo, o formato desses turnos revela posicionamentos epistêmicos contingentes a cada situação. Como pode ser observado no Quadro 4, o formato da pergunta aberta do tipo específica revela o desconhecimento das gestantes e acompanhantes sobre o que a imagem possivelmente representa, implementando, dessa forma, a ação de solicitar por uma informação. Ainda, as perguntas abertas são formatadas com o referente deslocado à esquerda nos casos em que as imagens estão em movimento. Ou seja, ao antecipar o referente, as gestantes e acompanhantes se mostram orientadas/os à volatilidade das imagens. A esse respeito, vimos, com a análise do Excerto 27, que trata do referente “tatu-bola”, como a efemeridade dos referentes pode causar problemas de intersubjetividade.

Ainda no que concerne ao posicionamento epistêmico, as perguntas polares revelam maior grau de conhecimento das gestantes, pois o seu formato apresenta uma informação a ser confirmada ou desconfirmada pela profissional. Já os turnos realizados em formato declarativo, que obtêm como resultado (des)confirmações, ao se utilizarem de verbos sensoriais (e.g., “parecer”), representam manifestações mitigadas de impressões, que operam em prol da desresponsabilização das/os participantes perante a exatidão das proposições. Além disso, os turnos em formato declarativo constituem a ação de pescar por informações (POMERANTZ, 1980), o que atenua a relevância condicional para que algum tipo de resposta seja provido, descomprometendo, assim, as/os profissionais de realizar alguma ação em adjacência.

A análise dos dados que compõem esta seção também evidencia a competição entre multiatividades na realização do exame. A maioria das solicitações ocorre em momentos em que as/os profissionais estão finalizando uma medida, i.e., trata-se de um lugar relevante para transição de turno nesse contexto. Ao se autosseleccionarem para iniciar um turno de fala nesses momentos específicos de transição entre atividades, as gestantes e os/as acompanhantes se revelam como altamente atentas/os e engajadas/os com as atividades realizadas pelas/os profissionais.

As/Os profissionais, por sua vez, tendem a responder às solicitações com um pequeno atraso tomado pela finalização de algum procedimento com o aparelho do ultrassom (como o término da alocação dos cursores sobre a parte fetal a ser medida). Inclusive, em um dos excertos (o Excerto 25), em adjacência à solicitação do acompanhante, a profissional oferece uma resposta que indica a postergação do atendimento à solicitação; e, após aproximadamente dezoito segundos em que registra uma imagem, a profissional responde ao pedido de confirmação e elabora sua resposta com diversas explicações sobre as imagens. Ou seja, quando as atividades de realizar o exame e de socializar as imagens ocorrem simultaneamente, as/os participantes se orientam para o exame como atividade preferida.

7 DAS IMAGENS ÀS ATRIBUIÇÕES DE SENTIDO SOBRE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

Ao analisar os dados, percebemos que algumas sequências vão além da compreensão de significados sociais, pois adentram questões relacionadas à saúde e ao desenvolvimento fetal. Neste capítulo, analisamos excertos dessa natureza, divididos em três seções que apresentam peculiaridades sobre as/os participantes que iniciam e finalizam essas sequências.

7.1 Sequências Iniciadas e Levadas ao Tópico Saúde pelas/os Profissionais

A primeira seção dessa coleção abarca as sequências mais comuns do movimento que parte do trabalho interacional sobre uma imagem. Esse movimento engata na discussão referente ao tópico saúde fetal, relacionado com as imagens ou não, em sequências que são iniciadas e levadas a cabo pelas/os profissionais. Vejamos como isso ocorre por meio da análise de dois excertos.

Iniciamos com a apresentação de um excerto que é parte da primeira etapa de uma avaliação morfológica, especificamente do final da fase em que a residente registra medidas. Trata-se de uma gestação de 22 semanas. Um exame ultrassonográfico realizado por volta das 10 semanas dessa gestação indicara um higroma⁹³, motivo pelo qual a gestante fora encaminhada ao hospital em questão.

Excerto 28: HMF_ECOMORFO_marileia_DEISE_26_11_13_26mV

```

1          + (3.1)
    res test.-->>
2 RES:  #aqui ↑ó: (0.6) ó >a boca<
    Ima #ima.1 M
3          (1.4)
4 RES:  engo:le,
5          (1.4)
6 RES:  ↑a o nenê engolir é super importante.
7          (5.2)
```



Imagem 1 M

⁹³ O higroma cístico é uma malformação do sistema linfático, normalmente localizada na região cervical e na face. Evolui lenta e progressivamente, podendo comprometer estruturas adjacentes (VASCONCELOS et al., 2011).

Com base na imagem estabilizada (l. 1), a profissional produz uma exibição de percepção (“aqui ó”, l. 2), indicando que há algo naquela imagem a ser socialmente compartilhado. Em seguida, a profissional convida a gestante a ver, por meio do diretivo “ó” e da nomeação do referente “a boca”. Contudo, a profissional, além de manter a imagem estabilizada, não realiza gestos dêiticos para indicar o exato local onde a boca aparece na tela. Na ausência de referenciação corporificada, a gestante não provê confirmações de que vira a boca fetal. A residente, por sua vez, continua o exame compartilhando com a gestante o movimento que visualizara, qual seja, a deglutição (l. 4). Em seguida, ainda sem participação verbal da gestante, a profissional avalia o fato de o feto conseguir engolir como “superimportante” (l. 6).

De fato, a principal via de eliminação de líquido amniótico é a deglutição fetal, e o comprometimento da deglutição pode ser um sintoma de malformações cerebrais. Assim, a observação da deglutição fetal é um aspecto que faz parte do exame do ultrassom, assim como a observação do movimento respiratório, como pode ser verificado no excerto seguinte.

O Excerto 29 é parte do final da fase de exame de uma avaliação obstétrica. A gestação completa 38 semanas, e se trata de um atendimento atípico, pois não conta com a participação de residentes. Nas notas de campo, há a informação de que a gestante em questão é cunhada da médica preceptora que realizou seu atendimento. Nesse caso, então, optamos por chamar a profissional de médica (MÉD) na transcrição desse excerto, já que ela não atua como preceptora nesse exame, apesar de fazê-lo em outros atendimentos.

Excerto 29: HMF_ECOOBST_bruna_ROSANGELA_27_11_13_7m30V

```

1          * (4.7)
    méd *est.-->1.10
2 MÉD: °a boquinha tá lá:, e eu não consigo pegá mais ↓ó°
3          (2.1)
4 GES: é o quê?
5 MÉD: a boca ó
6 GES: a: tá.
7          (1.7)
8 MÉD: sempre daquele jeito ↑né: (.) parece que
9       passô nove meses aqui
10        (.) *
    méd  ->*
11 MÉD: *desse jeito.=
        *pro.-->
12 GES:                =parece né:
13        (.)
14 MÉD: °ãrrã.°
15        (2.8) * * (2.0)
    méd  ->* *est.-->1.24

```

16 MÉD: respira::ndo,
 17 (0.8)
 18 MÉD: sinal de bem-estar- >olha lá<
 19 (1.2)
 20 MÉD: mexe, respira, vira:
 21 (0.7)
 22 GES: mhm,
 23 (0.6)
 24 MÉD: °tudo bem * bom.°
 ->°
 25 (2.4)



Imagem 1 M

Ao se encaminhar para o final do exame, a profissional tenta encontrar uma imagem da face fetal (l. 1) e compartilha com a gestante sua frustração em não conseguir obter uma imagem melhor para mostrá-la. A Imagem 1 representa parte do rosto fetal que fora, conforme a reclamação da profissional nas linhas 8 e 9, a posição em que o feto permanecera durante os nove meses da gestação. Na linha 11, quando a médica faz um incremento de sua reclamação, ela desiste da busca pela imagem do rosto fetal e procura por outra.

Então, a partir da imagem da respiração fetal, obtida na linha 15, a profissional socializa com a gestante a informação de que o feto está realizando o movimento respiratório (l. 16) e, em seguida, explica que o movimento respiratório é sinal de bem-estar, convidando-a a ver a imagem através do diretivo “olha lá”, no final do turno da linha 18. Para garantir que a gestante veja o movimento respiratório, a profissional mantém a imagem estabilizada até o oferecimento de um sinal mínimo de entendimento da gestante (l. 22). Então, na linha 24, a profissional faz uma avaliação positiva geral acerca da saúde e do desenvolvimento fetal, procurando outra imagem.

Aqui, parece que a profissional, com base na escassez de uma imagem mais “atraente”, i.e., “que vale a pena ser mostrada” (JONSSON, 2007, p. 107), parte em busca de algo a ser compartilhado com a gestante. Nessa busca, a imagem referente ao movimento respiratório, uma das variáveis mais importantes da representação da vitalidade fetal, é

compartilhada com a gestante como um elemento de compensação à falta de uma imagem completa do rosto fetal.

Os excertos apresentados nesta seção ilustram exemplos de compartilhamento de variáveis médicas com as gestantes. Porém, o compartilhamento dessas imagens parte da tentativa de convidar as gestantes a ver partes fetais “mostráveis”, quais sejam, constituintes da face do feto. Outro aspecto semelhante nos dois excertos se refere à apresentação das variáveis que constituem o *checklist* do exame (“engole” – no primeiro – e “respirando” – no segundo), seguida de justificativas genéricas do motivo pelo qual esses aspectos são verificados (“↑a o nenê engolir é superimportante.” – Excerto 28 – “sinal de bem-estar” – Excerto 29).

Ao mesmo tempo que as profissionais parecem se orientar ao *status* epistêmico leigo das gestantes e acompanhantes ao dosar suas justificativas sobre variáveis médicas socializadas, elas se mostram atentas à possibilidade de causar preocupação às gestantes, caso não justifiquem o motivo de descreverem atividades corriqueiras como engolir e respirar. Assim, essas profissionais previnem a possibilidade de geração de preocupação, disponibilizando “[...] parte do seu raciocínio aos/às pacientes, construindo-os/as, assim, como *interlocutores/as que conseguem compreender* aquele raciocínio” (PERÄKYLÄ, 2006, p. 221⁹⁴, grifo do autor). Ou seja, ao explicar que “engolir é superimportante” e que “a respiração é sinal de bem-estar”, as profissionais dividem seu raciocínio técnico com gestantes e acompanhantes, que, a partir dessas informações, passam a saber mais o que é avaliado no exame e obtêm indícios de que o resultado desse exame será bom, já que tais variáveis estão normais.

7.2 Sequências Iniciadas e Levadas ao Tópico Saúde pelas Gestantes e/ou Acompanhantes

Esta seção trata de dois excertos em que as gestantes, de formas consideravelmente distintas, iniciam sequências sobre imagens e acabam adentrando tópicos relacionados à saúde fetal. Ou seja, aqui apresentamos práticas através das quais as gestantes solicitam informações sobre o raciocínio clínico.

O primeiro excerto ocorre quando a residente está no meio da fase de exame de uma avaliação obstétrica gemelar de um feto de sexo feminino e outro masculino. A residente acabara de realizar o exame do feto feminino quando o Excerto 30 inicia.

⁹⁴ “[...] the doctors make their reasoning available to the patients, thus constructing them as *understanding recipients* of their reasoning.”

Excerto 30: HMF_ECOOBST_gabriele_FERNANDA_19_11_13A_10m10V

```

1      +(12.9)
      res +test.-->
2 GES: #°que legal olha só°
      Ima #ima.1 M
3      (3.1) + (.)
      res      +con-->1.9
4 RES: + (.) °a°qui tá o ++ rostinho ↑ó+
      +.....++apo.I-----+
5      + (0.5)
      res +olh.GES-->
6 RES: >da menina<+
      ->+
7      (.)
8 RES: +o na++↑riz e a bo++quinha+
      +....++apo.I-----++,,,,,,+
9      (1.0) + +(1.2)
      res      ->+ +test.---->>
10 RES: ó vai se mexê ó.
11 GES: olha só::
12      (4.2)
13 GES: e ao ver assim eles tão ↑bem
14      (1.3)
15 RES: olha só olhei a menina até agora tá.
16      m[hm ]
17      [>de]pois quando eu olhá o menino eu te digo.<
18      (1.0)
19 RES: °tá?°
20      (1min.49)

```



Imagem 1 M

A gestante inicia o excerto com uma avaliação positiva (l. 2) sobre a imagem disponível na tela. Conforme pode ser observado na Imagem 1, a profissional mantém o transdutor estabilizado, de modo a mostrar a face fetal. Assim que a gestante faz a avaliação, a profissional congela a tela (l. 3) e a convida a ver a face da menina (l. 4), identificando o nariz e a boca através de referências verbais e de gestos dêiticos (l. 4 e 8). Na linha 9, a profissional descongela a imagem e volta a estabilizar o transdutor, disponibilizando a imagem da face

fetal. Então, a residente convida a gestante a ver o movimento fetal, ao que ela se alinha, demonstrando surpresa (l. 11).

Após um período de ausência de fala (l. 12), orientada para a sequência de convite à diferenciação das imagens como um indicativo de que o exame possa ter chegado ao final, a gestante solicita uma avaliação geral sobre o bem-estar dos fetos (l. 13). Ao introduzir seu turno com a conjunção de adição “e”, a gestante revela que seu turno é continuação do tópico anterior. Ainda, ela prefacia sua solicitação com a modalização “ao ver assim”, o que também representa sua orientação para o fato de que a profissional, a partir do que vira e mostrara a gestante, teria condições de avaliar a condição de saúde dos fetos.

A residente, no entanto, responde com um atraso (l. 14), prefaciando sua resposta com um marcador discursivo “olha”. De acordo com Sidnell (2007, p. 388⁹⁵), “[...] turnos prefaciados por “olha” (*look*) marcam uma disjunção ou uma relação de mal encaixe entre o que precede e o que segue o marcador”. No Excerto 30, percebe-se que o marcador “olha” apresenta as duas relações descritas pelo autor. De um lado, o “olha” indica que uma resposta despreferida está a caminho; e, de fato, a residente não atende à solicitação feita pela gestante (l. 15). Por outro lado, a resposta prefaciada por “olha” também indica que a gestante realizara sua solicitação de avaliação em um momento mal encaixado na organização da estrutura geral do atendimento, uma vez que a profissional só examinara um dos fetos até o momento.

É arriscado defender assertivamente que a sequência em que a profissional mostra o feto (l. 4-11) tenha sido orientada pela avaliação inicial da gestante (l. 2). No entanto, o que podemos garantir é que a gestante se orienta para a sequência de apresentação da imagem como um indício do fechamento do exame e, então, solicita uma avaliação da saúde dos fetos (l. 13).

De maneira mais direta que a gestante do Excerto 30, a gestante do Excerto 31 inicia a sequência com um pedido de confirmação sobre o que entendera da tela. Trata-se da fase do exame da primeira etapa do ultrassom de um feto que apresenta hérnia diafragmática – interação que foi apresentada em análises anteriores (Excertos 10 e 26).

Excerto 31: HMF_ECOOBST_edineia_DEISE_19_11_13_9m31

```

1          + (7.4)      + (2.0) + # (1.1)
    res    +est.-->> +amp.----+
    Ima                                #ima.1 M
2  GES:   se mexendo ali é o coraçãozinho?
3  RES:   <i:sso>
4          (4.5)

```

⁹⁵ “[...] the ‘look’-preface marks a disjunction or a relation of ‘ill-fittedness’ between what precedes and what follows it”.

5 GES: ele tá:: aparecendo que tá por ↑ci:°ma°
 6 (0.9)
 7 RES: é que na verdade, o:: estômago que é a↑qui:
 8 (1.3) tá do la↑di:nho
 9 >ele devia tá embaixo.<=
 ((Res. provavelmente aponta no seu próprio tórax))
 10 GES: =>ãrrã<
 11 RES: ↑TÁ:: o estômago da gente o teu coração +tá aqui:+
 +r.t.a.--+
 12 (0.8) o: cor- >o coração do nenê é a mesma coisa,<
 13 ã- o teu estômago tá aqui, o est- >o teu coração tá aqui<
 14 o estômago tá a↑qui
 15 ((RES provavelmente aponta para o tórax da GES.))
 16 GES: >°ãrrã°<
 17 RES: no CAso >do nenê o estômago tá do< la::do do
 18 coração.
 19 (.)
 20 RES: que::, (0.5) >puxô pra °cima°.<
 21 (0.7)
 22 RES: tá::,
 23 (.)
 24 RES: +aí ele + dá um desvio.
 +c.t.a.-+
 25 (.)
 26 RES: ele desvia um pouquinho o coração pro lado.
 27 (0.4)



Imagem 1 M

Nesse excerto, a gestante também oferece uma tentativa de compreensão do que ela enxerga na tela (l. 2), que é confirmado pela médica na linha 3. Na linha 5, a gestante faz outra solicitação de informação mitigada, pescando por informações através do verbo sensorial “parecendo”, sobre a posição do coração – que ela sabe que está deslocado, em função da hérnia que a bebê apresenta. Desse modo, a solicitação por informação da linha 5 segue o princípio de otimização descrito por Heritage (2002), que, ao investigar visitas que enfermeiras comunitárias realizam a casas de puérperas no Reino Unido, observa que as solicitações por informações das agentes de saúde são frequentemente realizadas através de perguntas polares que sugerem o melhor cenário possível sobre cada situação.

Conforme Heritage (2002), as perguntas formadas de acordo com o princípio de otimização apontam para o que Maynard (2003, p. 160⁹⁶) chama de “[...] ordem benigna da vida cotidiana”, a qual se refere ao fato de que, em face de qualquer acontecimento, as pessoas primeiramente produzem um sentido benigno daquela situação, em vez de pensarem algo ruim sobre o evento. Boyd e Heritage (2006, p. 165⁹⁷) explicam como essa ordem benigna da vida cotidiana acontece através dos seguintes exemplos.

- “(i) O seu pai está vivo?
- (ii) O seu pai é falecido?
- (iii) O seu pai está vivo ou é falecido?”

Ao solicitar informações aos/as pacientes sobre o histórico familiar, os/as médicos/as predominantemente formulam as perguntas conforme a primeira opção ilustrada acima, de modo a favorecer o melhor cenário possível. A opção por formular a solicitação por informação seguindo o princípio de otimização, conforme o exemplo (i), gera uma preferência para que os/as pacientes confirmem a informação positiva contida na pergunta. No entanto, o segundo formato, exemplo (ii), é utilizado nas situações em que os/as profissionais desconfiam que, de fato, o pai do/a paciente é falecido.

Nos dados analisados por Heritage (2002), as perguntas das agentes de saúde são frequentemente formadas de modo a favorecer respostas livres de problemas em relação ao parto, ao desenvolvimento do bebê e à rotina da família. Sem utilizar os mesmos termos da Análise da Conversa, Chazan (2005, 2007), em seu estudo antropológico sobre ultrassonografias fetais, observa que as gestantes formatam suas solicitações de avaliações sobre a saúde fetal conforme o princípio de otimização, já que as perguntas “*Está tudo bem?*”, ou “*É normal?*” (CHAZAN, 2007, p. 131, grifo da autora) sugerem respostas positivas.

Voltando à análise do excerto acima⁹⁸, ao apresentar sua percepção de que o coração fetal “parece” estar por cima, a gestante pesca por uma confirmação de que o coração esteja na posição normal, ou seja, que não sofrera deslocamento causado pela hérnia. De fato, a residente se orienta para o turno da gestante como uma dúvida acerca da posição do coração, considerando o deslocamento do órgão em função da hérnia. Contudo, a resposta da residente inicia com atraso (l. 6) e com um prefácio (“é que na verdade”) (l. 7) que indica uma discordância da proposição contida na solicitação velada da gestante. Essa discordância é confirmada na explicação que segue o prefácio da residente, em que há a indicação da

⁹⁶ “[...] benign order of everyday life”.

⁹⁷ “(i) Is your father alive? (ii) Is your father dead? (iii) Is your father alive or dead?”

⁹⁸ A solicitação por avaliação realizada na linha 13 do Excerto 30 também segue o princípio de otimização: “e ao ver assim eles tão ↑bem”.

localização normal do estômago e do coração, bem como a indicação de onde o coração e o estômago fetal se encontram, devido ao desvio causado pela hérnia diafragmática (l. 7-26).

Provavelmente, a explicação verbal da residente tenha sido combinada com referências corporificadas com base no seu próprio tórax e no tórax da gestante, pois, apesar de não termos acesso visual de todo ambiente, a tela do ultrassom nos revela que o transdutor fora afastado do abdômen da gestante (l. 11) e recolocado (l. 24). Ou seja, durante a maior parte da explicação da residente, há a suspensão da realização do exame, para que a explicação sobre a disposição normal dos órgãos seja visualmente estruturada e comparada à disposição desviante dos órgãos apresentada pelo feto.

Como a sequência do excerto revela, percebe-se que o primeiro pedido de confirmação do excerto (l. 2) já continha o projeto de solicitar por notícias acerca do possível deslocamento do coração. Naquele momento, a solicitação fora feita utilizando a imagem como um recurso que poderia oportunizar a residente a voluntariar notícias sobre o coração. Porém, na linha 2, a residente se orienta apenas para o pedido de confirmação. Então, a gestante se utiliza do mecanismo de pesca por informações (POMERANTZ, 1980) para entrar no tópico “posição do coração fetal” (l. 5), que configura a malformação principal em decorrência da hérnia. Em consequência da proposição da gestante (l. 5), a profissional dá notícias sobre a posição do coração fetal, utilizando a posição do coração da gestante como base para sua explicação.

7.3 Discussão

A análise dos excertos que formam este capítulo evidencia a orientação das/os participantes para a atividade central das ultrassonografias fetais, qual seja, avaliar a saúde fetal. Dessa forma, a partir de sequências em que há a espetacularização das imagens (CHAZAN, 2005, 2007), tanto profissionais quanto gestantes tendem a tratar da preocupação que perpassa esses atendimentos. Assim, como pudemos observar através da análise do Excerto 31, em algumas instâncias, as sequências que indagam sobre a decodificação das imagens se revelam como “servidoras”, apenas, do projeto de busca de informações sobre a saúde. Ou seja, quando a gestante pergunta se o coração se apresenta por cima, a ação projetada não consiste em solicitar confirmação sobre a disposição do coração na tela, mas se trata de uma forma de pescar informações, por meio da apresentação do que a gestante entendera da imagem, sobre o aspecto alvo da saúde desse feto – qual seja, o deslocamento do coração causado por uma hérnia diafragmática.

Esse tipo de sequência ocorre em menor frequência se comparado às ocorrências de construção dos significados das imagens sem alusão à saúde fetal. Contudo, quando o tratamento do tópico saúde fetal é voluntariado pelas/os profissionais, observa-se que se trata de sequências com apresentação de “boas notícias”, i.e., de evidências de que os fetos apresentam desenvolvimento normal (e.g., respiram, mexem, engolem etc.). Por outro lado, quando as gestantes solicitam informações acerca do raciocínio médico (PERÄKYLÄ, 2006), as/os profissionais tendem a responder com respostas que não atendem à solicitação, como ocorre com a postergação oferecida no Excerto 30; ou, quando as solicitações se tratam de indicadores de más notícias, como ocorre no Excerto 31, as profissionais tendem a responder com foco nos fatos, sem, no entanto, avaliá-los.

Essas práticas corroboram a ideia de “passar a bola” para que outra/o profissional realize a atividade de comunicar más notícias. Ou seja, como as ultrassonografias fetais não constituem uma consulta, mas apenas um exame, as/os profissionais que as realizam não desempenham o papel de porta-voz de notícias. O que pode ocorrer nesse contexto, então, é o formato de postergação⁹⁹ (*stalling*) de más notícias, i.e., são apresentadas pistas de que há más notícias a serem comunicadas (como ocorre no Excerto 31), mas a/o ultrassonografista evita dizê-las (MAYNARD, 1996). Seligman e Darling (2007, p. 302) elencam quatro estratégias de postergação usadas por profissionais da saúde:

[...] negação (simplesmente não contar), insinuação (ouvir o coração da criança por mais tempo que o necessário), mistificação (usar jargão profissional ou termos técnicos desconhecidos para pessoas leigas), e passando a vez (fazer uma indicação para outro/a profissional) [...] essas técnicas podem aumentar a ansiedade parental em vez de aliviá-la¹⁰⁰ (SELIGMAN; DARLING, 2007, p. 302).

Essas estratégias fazem com que as figuras parentais tenham tempo para imaginar que existe algo errado com seu/sua filho/a. Nesse sentido, o Excerto 25 também pode ser analisado como apresentando o formato de postergação, já que o uso de jargão técnico pelas/as profissionais pode constituir uma forma de lidar com a gravidade da malformação do feto em questão. No Excerto 25, a profissional mostra a malformação fetal na tela – qual seja, um crescimento encefálico maior do que a caixa craniana – utilizando os termos “órbita” e “calota”, em vez de “olho” e “cabeça”. A análise sugere que esses jargões técnicos sejam uma

⁹⁹ Agradeço ao grupo FEI pela sugestão de tradução.

¹⁰⁰ “[...] avoidance (simply not telling), hinting (‘listening longer than necessary to the child’s heart’), mystification (using professional jargon or technical terms unfamiliar to laypersons), and passing the buck (making a referral to another professional) [...] these techniques can increase rather than alleviate parental anxiety.”

forma deliberada de evitar a criação de vínculo da família com o feto, já que este pode ir a óbito intrauterinamente ou logo após o parto.

A seguir, aprofundamos nossa análise sobre como o tópico saúde é abordado nesse contexto. Para tanto, apresentamos análises de excertos que tratam especificamente sobre questões de desenvolvimento e bem-estar fetal.

8 AVALIANDO A SAÚDE FETAL

Conforme mencionado na seção 5.7, de modo a conduzir a escrita e a leitura de uma forma mais inteligível, optamos por organizar os capítulos de análise partindo dos menos delicados até chegarmos aos mais delicados. Ao realizar a análise de dados dessa maneira, percebemos que o tópico saúde é o que exige maior trabalho interacional das/os participantes para ser abordado. Compreende-se que o tópico saúde fetal seja potencialmente delicado, especialmente nesse contexto, pois se trata de ultrassonografias de gestações de médio e alto risco. Justamente por isso, imaginávamos que esse tópico seria o mais abordado durante as interações. No entanto, como pode ser observado na análise do capítulo 6, grande parte desses atendimentos é dedicada à socialização de imagens fetais que não constituem necessariamente variáveis clínicas observadas nesse tipo de exame, tratando da socialização de imagens atraentes que subjetivam o feto como um bebê.

Isso confirma achados de estudos sociológicos e antropológicos sobre o tema, que evidenciam a transferência de valores das ultrassonografias – cujo objetivo primário era o acompanhamento médico do desenvolvimento fetal –, de modo que o exame assume significados midiáticos com base na disposição de imagens fetais, mesmo que com qualidade ruim (2D) e em casos de gravidade iminente dos achados, como o contexto estudado aqui se configura.

Passamos, então, à apresentação da análise dos dados que se revelam, de fato, como interacionalmente mais delicados. Mantemos a divisão das seções conforme os capítulos anteriores, iniciando com a apresentação de sequências iniciadas pelas/os profissionais para então abordarmos as sequências iniciadas pelas gestantes e acompanhantes. Da mesma forma que nos capítulos anteriores, aqui também apresentamos as peculiaridades de cada sequência, dispostas em subseções que compõem as duas macrosseções principais: a primeira apresenta a análise de sequências iniciadas pelas/os profissionais, e a segunda trata de sequências iniciadas por gestantes e acompanhantes.

8.1 Sequências Iniciadas pelas/os Profissionais

Entre as sequências que abordam o tópico saúde fetal, as que são iniciadas pelas/os profissionais se mostram como as menos delicadas. A análise de dados dessas sequências nos mostra que as/os profissionais abordam o tópico saúde fetal por meio de três formatos: (a)

anúncio de informações com avaliações, que se mostra como a estratégia mais eficaz em termos de compreensão das informações pelas gestantes e acompanhantes; (b) avaliações, o segundo formato melhor compreendido pelas gestantes e acompanhantes; e, por fim, (c) anúncio de informações sem avaliações, o que exige que as gestantes solicitem avaliações para poder interpretá-las. Vejamos como essas sequências ocorrem através da análise dos excertos que compõem cada coleção.

Dentre os tópicos relacionados à saúde fetal abordados nos dados, observa-se que o tamanho fetal é um dos mais solicitados pelas gestantes. Essa prática evidencia a orientação das gestantes para o tamanho, principalmente o peso, como um indicador do desenvolvimento normal do feto (NISHIZAKA, 2013). Contudo, a oferta dessas informações possui uma posição fixa dentro da organização geral das ultrassonografias, já que o tamanho fetal depende de algumas medidas realizadas ao longo do exame, mas que são somadas apenas ao final dos atendimentos.

Dessa forma, quando as gestantes solicitam informações acerca do tamanho fetal em momentos anteriores ao final do exame, os/as profissionais produzem justificativas sobre não terem acesso às informações solicitadas até então. O trabalho interacional realizado pelos/as interagentes revela suas diferentes perspectivas: as gestantes solicitam informações sobre a saúde de seus fetos, mas as/os profissionais dependem de contingências técnicas para provê-las.

8.1.1 Anúncio de Informações com Avaliações

Esta subseção apresenta dois excertos em que as/os profissionais voluntariam informações sobre o peso fetal, juntamente com avaliações sobre o que as medidas em quilogramas representam em termos de normalidade. Ao final desta subseção, também apresentamos um excerto em que a profissional informa e avalia o peso, momento no qual a gestante solicita uma avaliação específica que leve em consideração a anomalia que seu feto apresenta.

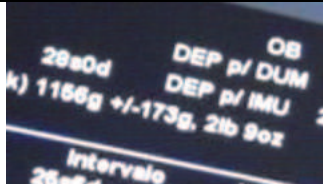
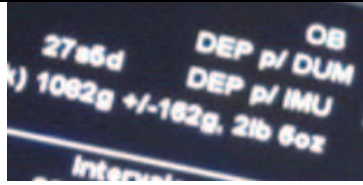
O primeiro excerto é parte final da fase de exame da segunda etapa de uma ultrassonografia obstétrica gemelar. A gestação em questão conta com 26 semanas.

Excerto 32: HMF_ECOOBST_carla_DEISE_26_11_13B_22mV

```

pre >>med.---->
1      *(0.6)
2 PRE: #>tudo muito bom< eles tão com pesos muito parecidos ↑tá
      Ima #ima.1 C e M101
3      um quilo e::,* (1.5) um quilo cento e::,
      ->*
4      (5.6) # um cento e cinquenta,
      Ima      #ima.2 C
5      (8.9)
6 PRE: # um >quilo e oitenta<
      Ima #ima.3 C
7      (.)
8 PRE: bem pareci↓do
9      (1.2)
10 PRE: tá ótimo. pra esse tempo de gestação tá ótimo
11     eles tão até com ↑sobra
12     (7.4)

```

		
Imagem 1 C e M	Imagem 2 C	Imagem 3 C

A preceptora inicia seu turno com uma avaliação geral do exame: “>tudo muito bom<” (l. 2). Nesse mesmo turno (l. 2), a profissional avalia positivamente a comparação do peso dos dois fetos, pois o fato de serem “muito parecidos” é um aspecto positivo em gestações gemelares, já que um sintoma de possível anormalidade é a diferença de mais de 20% do peso fetal estimado de gêmeos (STORLAZZI et al., 1987). A profissional inicia um turno com um anúncio da medida em quilogramas de um dos fetos, mas o interrompe para buscar a imagem onde constam os algarismos com os pesos fetais na tela (l. 3). Em seguida, ela encontra a imagem com a tabela das medidas de um dos gêmeos e informa o peso (Imagem 2) à gestante “um cento e cinquenta,” (l. 4). A ausência de fala da linha 5 é tomada pela busca pela imagem com a tabela das medidas do outro gêmeo. Assim que a preceptora encontra a Imagem 3, ela informa o peso do segundo feto à gestante na linha 6 “um >quilo e oitenta<”. A gestante não toma o turno na pausa da linha 7, e a preceptora, por sua vez, repete a avaliação positiva sobre a similaridade dos pesos (l. 8).

¹⁰¹ A Imagem 1 foi capturada quando a preceptora mantinha a tela dividida com o lado esquerdo congelado e o lado direito em movimento.

Ainda sem expressão vocal de reconhecimento da informação por parte da gestante, a profissional amplia sua avaliação inicial “>tudo muito bom<” (l. 10) para “tá ótimo” (l. 785). Nesse último turno, há o provimento de uma justificativa para a avaliação, qual seja, em se comparando o peso com a idade gestacional, “eles tão até com ↑sobra” (l. 786). Mais uma vez, a gestante não oferece recibos da informação. A falta de participação interacional da gestante nos deixa sem evidências de que ela realmente compreendesse as informações oferecidas pela profissional. Por outro lado, a ausência de solicitações por informações e/ou avaliações pode demonstrar que as informações providas foram suficientes.

O Excerto 33 faz parte de uma interação entre um preceptor e uma gestante encaminhada para a ala de alto risco desse hospital, para verificar se a suspeita de que o feto estaria abaixo do tamanho normal se confirma. A idade gestacional é de 39 semanas. A primeira parte do excerto acontece assim que o preceptor assume o controle do ultrassom, ainda enquanto coloca gel sobre o abdômen da gestante e recebe informações providas pela residente. A segunda parte do excerto – a que ocorre depois das “linhas omitidas” – acontece após a verificação das medidas fetais.

Excerto 33: HMF_ECOOBST_monica_DEISE_15_10_13_18m30V

```

1 PRE: *entendi.
      *>>passa gel sobre o abdômen da gestante-->1.10
2      (1.4)
3 PRE: o nenê não é muito grande, >mas acho< que
4      ela também não é muito grande né
5 RES: te:m cinquenta e dois quilos
6      (0.6)
7 PRE: #>tu tem cinquenta *e dois quilos?<
      *olh.GES-->
      Ima #ima.1 C
8      (1.0) * ((A gestante provavelmente assente com a cabeça.))
      pre -->*
9      *(0.5)*
      pre * ass.*
10     (2.1)*
      -->*

```

((Linhas omitidas até 23m45V.))

```

38     (5.4)
39 PRE: é isso aí >ele é pe↑queno<
40     (1.4)
41 PRE: é isso
42     (1.5)
43 PRE: °°ma:s (.) não tem nada além de magrinho,
44     pequeninho ↑né:°°

```

45 GES: ↑sim. ((voz aguda))
 46 (5.2)
 47 PRE: mas dentro do norma:l, (0.6) e tu veio aqui co:m (0.8)
 48 com uma indicação assim (1.4) ã:: (.) >pra ver o
 49 crescimento do teu bebê ↑tá:<
 50 (0.9)
 51 GES: °mhm°
 52 PRE: mas ele- nunca teve fora do padrão (.)
 53 aceitá↓vel >por sina-< por sinal ele é grande ↑tá
 54 GES: ãrrã

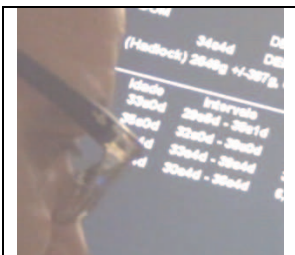


Imagem 1 C

Enquanto o preceptor passa gel sobre o abdômen da gestante, ele confirma ter entendido o caso (l. 2) – explicado pela residente em algumas linhas que não aparecem nessa transcrição – e formula seu entendimento na linha 3, oferecendo uma possível explicação sobre a normalidade do tamanho do feto ao avaliar que ele “acha” que “ela também não é muito grande” (l. 2-3). A utilização do pronome na terceira pessoa do caso reto “ela” para se referir à gestante gera uma relevância condicional para que a outra participante da interação – nesse caso, a residente – confirme ou desconfirme sua avaliação. Contudo, o uso do marcador discursivo “né”, ao final do pedido de avaliação (l. 4), torna uma confirmação a ação preferida. A residente oferece uma resposta transformativa (l. 5) que ajusta a mensuração¹⁰² contida na avaliação do preceptor (STIVERS; HYASHI, 2010). Assim, a resposta da residente apresenta uma medida objetiva (l. 5), qual seja, o peso da gestante em quilogramas, para ajustá-la à avaliação subjetiva que o preceptor fizera: “ela também não é muito grande” (l. 4).

O profissional revela surpresa, ou uma quebra de expectativa (l. 7) (SELTING, 2010), ao se dirigir à gestante através do olhar e do pronome “tu”, solicitando confirmação da informação oferecida pela residente. Como já mencionamos anteriormente, a restrição da gravação em vídeo apenas da tela do ultrassom impossibilita a análise de eventuais ações gestuais ou faciais que possam ter ocorrido pelas ausências de fala, como ocorre na linha 8. No entanto, esse dado nos permite observar que o preceptor assente com a cabeça na linha 9, o que indica um fechamento da sequência em terceira posição.

¹⁰² Tradução de “*bias*”, termo utilizado por Stivers e Hyashi (2010), sugerida por Dexheimer (2016).

Na linha 39, após verificar algumas medidas fetais, o preceptor confirma a avaliação inicial de que o feto é pequeno. Contudo, o preceptor elabora sua avaliação (l. 43-44), por meio de uma conjunção adversativa que marca que ser “magrinho” poderia não estar associado a alguma anomalia, que o feto “não tem nada além de magrinho, pequeninho”. Ou seja, é um feto normal, apesar de pequeno. Ao produzir o marcador discursivo “né” ao final de sua avaliação sobre a normalidade do feto (l. 44), o turno gera a relevância para que alguma das cointeragentes concorde ou discorde com a avaliação, o que é confirmado pela gestante (l. 45).

O profissional reitera que o feto está “dentro do normal” e, em seguida, explica que, apesar dessa indicação para verificação da normalidade do tamanho, o feto “nunca teve fora do padrão aceitável” (l. 52-53). Ainda no mesmo turno, o preceptor aumenta sua avaliação positiva sobre a normalidade do tamanho fetal, ao substituir o adjetivo “pequeno”, utilizado para descrição do feto na linha 39, para “grande”, na linha 53. A gestante, então, oferece um recibo mínimo da informação (l. 54).

A análise dos Excertos 32 e 33 evidencia que os anúncios de informação sobre o tamanho fetal com avaliações positivas tendem a ser recebidos minimamente, ou nem mesmo são manifestados vocalmente. Ou seja, a normalidade tende a não ser problematizada pelas gestantes. A análise do próximo excerto, no entanto, evidencia como a normalidade é problematizada quando há especificidades que podem, no entendimento das gestantes, romper com a normalidade defendida pelos/as profissionais.

O Excerto 34, referente à ultrassonografia obstétrica do feto que apresenta hérnia diafragmática, trata do final da fase do exame da primeira etapa do atendimento.

Excerto 34: HMF_ECOOBST_edineia_DEISE_19_11_13_15m50V

```

1          + (16.1) + + (3.2)
      res +med.--+ +tabela com medidas-->1.7
2 RES:   quinhentos e vinte e oito gramas fecha bem com
3        a tua idade gestacional vinte e duas semanas
4        e quatro dias
5        (0.7)
6 GES:   <certinho>
7        (3.9) + + (1.1)
      res      ->+ +pro.-->>
8 GES:   >tá na ponta do lápis< hh
9 RES:   na po:nta
10 GES:  hh
11       (7.8)
12 GES:  quinhentos e pouco gramas é um peso bom pro
13       [caso dela?]
14 RES:  [é: >nesse ] tempo é<

```

15 (0.8)
 16 RES: °tem muito o que crescê né:°
 17 GES: °°é:°°
 18 (2.0)

A residente, ao terminar as medidas que realizava, gera uma tabela com várias informações (l. 1) e anuncia o valor do peso fetal em gramas (l. 2), avaliando positivamente a medida em relação à idade gestacional (l. 2-4). Enquanto a profissional já havia começado a procurar por outras imagens (l. 7), a gestante realiza uma pós-expansão do turno da profissional, concordando que o peso está “certinho” (l. 5), e avalia sua precisão através da expressão idiomática “>tá na ponta do lápis<” (l. 8). Contudo, nas linhas 12-13, a gestante pergunta se esse peso é bom em relação ao caso do feto, qual seja, um quadro de hérnia diafragmática. Ou seja, apesar de a médica ter avaliado a informação provida como adequada para a idade gestacional, a gestante demonstra, por meio de sua solicitação, que a informação e a avaliação providas nas linhas 2-4 não são suficientes para que a gestante infira sobre a normalidade da saúde do feto. Ou seja, a gestante pede uma especificação.

Além da categoria “idade gestacional”, a gestante demonstra a necessidade de o peso fetal também ser avaliado em relação à situação de seu feto (“o caso dela”). Antes do final do turno da gestante, a profissional se orienta para essa pergunta como sendo a respeito do “caso dela” e responde afirmativamente, utilizando o verbo “é” (l. 14), produzido com ênfase prosódica. Em seguida, ainda no turno da linha 14, a profissional restringe sua avaliação positiva ao tempo gestacional em que a gestação se encontra. Ou seja, apesar de o peso estar bom para a idade gestacional, a profissional não exime a possibilidade de o tamanho vir a ser um problema futuro na gestação.

Esse excerto apresenta um movimento de problematização da avaliação oferecida pela profissional que se difere das ações realizadas após os anúncios dos pesos fetais e respectivas avaliações dos Excertos 32 e 33. No caso das gestações daqueles excertos, a única preocupação levantada nas ultrassonografias se refere ao tamanho fetal. O feto analisado na ultrassonografia do Excerto 34, por outro lado, apresenta uma hérnia diafragmática, o que pode gerar uma série de complicações, entre elas o comprometimento do desenvolvimento dos pulmões (AMIM et al., 2008). Logo, a solicitação por uma avaliação que considere o quadro específico desse feto (e não somente a idade gestacional) revela a necessidade de ajustar as informações comentadas e avaliadas para cada caso.

Essa necessidade é condizente com o princípio de ajuste de fala ao/à interlocutor/a observado por Sacks (1992c, p. 540¹⁰³), que prevê que devemos, “[...] sempre que possível, [projetar] qualquer coisa que estiver falando [...] com uma orientação para o/a outro/a”. Em se tratando de uma ultrassonografia de um feto que apresenta malformações, o cuidado em oferecer informações sobre a gestação que sejam condizentes à alteração específica é algo a ser considerado. Logo, como observado no Excerto 34, a gestante topicaliza a necessidade de ajuste de fala das/os profissionais ao/à situação de saúde de cada feto.

8.1.2 Avaliações

O primeiro excerto desta subseção é parte de uma ecocardiografia de um feto de 24 semanas. A gestante apresenta diabetes gestacional e pressão alta. Trata-se do final da fase do exame.

Excerto 35: HMF_ECOCARDIO_kamile_LUANA_12_03_14 B_9m50V

```
méd >>est.-->>
1      (8.3)
2 MÉD: tudo perfeito coraçãozinho dele ↑to:do direiti:nho,
3 GES: aí que bom=
5 MÉD:           =°°tudo bem legal°°
6      (2.4)
```

A profissional, com a imagem estabilizada, oferece uma avaliação geral sobre a condição do coração fetal (l. 2), iniciando com uma avaliação mais abrangente (“tudo perfeito”) e especificando que o “o coraçãozinho fetal” está “todo direitinho”. Contudo, diferentemente do que ocorre nos excertos da subseção anterior (8.1.1), em que as/os profissionais apresentam a informação do peso fetal e, então, avaliam-na, aqui a profissional não oferece detalhes do que seria um “coração todo direitinho”.

Quando se trata de formação cardíaca, a profissional se orienta para a falta de conhecimento técnico das gestantes e acompanhantes sobre o assunto e, caso tudo esteja bem, só avalia o resultado positivo do exame, sem anunciar todos os fatos que constituem um “coração todo direitinho”. Por outro lado, quando se trata da informação “peso” fetal, as/os profissionais se orientam para o conhecimento das gestantes e acompanhantes sobre o valor da medida em gramas e oferecem essa informação, combinada a uma avaliação ou não.

¹⁰³ “[...] as much as possible, design whatever you're telling about [...] with an orientation to the other.”

Outras avaliações, sem os valores que as fundamentem, podem ser observadas no Excerto 36. Trata-se do final da fase de exame da segunda etapa de uma avaliação morfológica de um feto de 23 semanas que apresentara translucência nucal (TN) aumentada.

Excerto 36: HMF_ECOMORFO_dora_FERNANDA_21_01_14_42mV

```

1          (5.5)
2 PRE:  sistema nervoso nor↑ma:l
3          (2.0)
4  PRE:  tá bem
5          (9.2)
6 PRE:  simetria:,
7          (16.0)
8 PRE:  >então tá bem<
9          (5.2)
10 RES:  tá tudo bem tá dora?
11 PRE:  placenta anterior, líquido normal,
12          (1.3)
13 PRE:  passo:- >certo<
14          (1.7)
15 PRE:  muito bom
16          (1.5)

```

O Excerto 36 é repleto de avaliações positivas, sem a apresentação dos fatos que as embasam. A entoação contínua (l. 6 e 11) parece demonstrar a orientação da preceptora em falar em voz alta uma espécie de *checklist* sobre o que lê na tela. Uma evidência de que se trata de uma atividade de “fala consigo mesma” é que a residente, na linha 10, oferece uma avaliação geral orientada à gestante, através do vocativo “Dora” – ou seja, nesse momento (l. 10), a profissional chama a gestante para participar da interação. Novamente, as variáveis avaliadas aqui, quais sejam, sistema nervoso (l. 2), placenta e líquido (l. 11), não são constituintes do conhecimento leigo sobre desenvolvimento fetal. Assim, as profissionais tendem a não compartilhar o raciocínio médico (PERÄKYLÄ, 2006) sobre informações que fogem ao conhecimento leigo de gestantes e acompanhantes, caso tudo esteja normal. Porém, quando alguma variável incomum ao conhecimento leigo apresenta alguma alteração, as/os profissionais compartilham seu raciocínio com o público leigo, como o próximo excerto ilustra.

O Excerto 37 faz parte da fase do fechamento de uma ecocardiografia fetal. A gestante é diabética, e sua mãe tem insuficiência cardíaca congestiva.

Excerto 37: HMF_ECOCARDIO_guioimar_LUANA_22_01_14_18m50A¹⁰⁴

1 MÉD: pode te secá
 2 GES: °mhm°
 4 (4.5)
 5 MÉD: alguma criança na tu família nasceu com
 6 †sopro
 7 (0.9)
 8 GES: tem o meu sobrinho
 9 MÉD: †é (0.7) que idade ele tem
 10 GES: a hoje ele tá com vinte dois anos
 11 MÉD: vinte e dois arrã (.) daí o >>que que<<
 12 aconteceu (.) acompanhava
 13 GES: não ele ia- eles faziam acompanhamento
 14 MÉD: depois que resol†veu
 15 GES: sim (.) não precisô fazê cirurgia, nada,
 16 MÉD: não precisô fazê nada (.) tá assim >>que que<<
 17 a gente vê no coraçãozinho do teu >nenê< (.)
 18 a estrutura principal do coração, >já tão toda
 19 pronta<
 20 GES: Sim
 21 MÉD: as válvulas de dentro do coração, as válvulas
 22 que saem, tá tudo pronto (.) ã tem uma
 23 paredezinha que separa o lado direito do
 24 lado esquerdo=
 25 GES: =mhm=
 26 MÉD: =essa parede, é a última
 27 coisa que se forma
 28 GES: †sim
 29 MÉD: pode- pode ser o que o teu sobrinho tinha
 30 GES: ã[rrã]
 31 MÉD: [né] então no teu nenê a gente vê que
 32 tem um buraquinho (.) naquela parede
 33 GES: mhm=
 34 MÉD: =†tá †mas a natureza ainda tá fazendo o trabalho
 35 dela
 36 (0.6)
 37 MÉD: né então a gente tem que esperá pra ver como é que
 38 vai ficá
 39 (.)
 40 MÉD: †tá entre pequeno médio e grande me
 41 parece um buraco de tamanho médio
 42 GES: mhm
 43 MÉD: tá ã é que >>o nenê é muito no†vinho<< né
 44 GES: não é ventrículo essas coisa
 45 MÉD: ã é uma comunicação interventricular
 46 GES: arrã
 47 MÉD: é uma comunicação entre os dois ventrículos mas
 48 a gente sabe que aquela parede ali ela

¹⁰⁴ Assim que a profissional acaba o exame de ultrassom, a pesquisadora que gravou a interação finaliza a gravação em vídeo. Portanto, temos disponível apenas o áudio de todo o excerto em questão.

49 vai até os três anos de idade ainda
 50 terminando de se fechá
 51 GES: arrã
 52 MÉD: ↑tá (.) então o >que que< eu vou fazê, vou
 53 deixá tudo descrito no teu laudo e aí
 54 em quatro ou cinco semanas a gente olha de novo
 55 pra ver como é que tá indo
 56 (0.5)
 57 MÉD: tá
 58 GES: aí dá pra fazê mais um (exame)
 59 MÉD: é é não a gente vai acompanhando né
 60 eu acho que assim ã o que que nos interessa
 61 principal>mente< as válvulas,
 62 GES: mhm
 63 MÉD: as estruturas principais do coração que
 64 tão prontas nessa fase essas já tão prontas né
 65 e a paredezinha que é a última coisa que se forma
 66 essa é bem comum da gente olhá e ver o buraquinho
 67 aí depois que o nenê nasce a gente repete o
 68 exame e já se fechô
 69 GES: mhm
 70 MÉD: ↑tá
 71 GES: °tá bom°

O excerto inicia com o pré-fechamento típico desse tipo de atendimento, qual seja, o diretivo para que a gestante seque o gel de seu abdômen (l. 1). Contudo, em vez de avançar realmente para o fechamento do atendimento, a médica solicita confirmação sobre membros da família da gestante terem nascido com sopro (l. 5). A gestante confirma que um de seus sobrinhos nascera com sopro (l. 8), e a profissional solicita mais informações sobre o quadro dele (l. 16). Essa indagação sobre sopro na família indica que há más notícias a caminho.

De fato, ainda na linha 16, a profissional anuncia notícias sobre o resultado do exame do coração fetal, explicando todos os aspectos que foram vistos (l. 17-32). A médica inicia comunicando as boas notícias: as estruturas principais, válvulas de dentro e as que saem do coração, estão todas prontas (l. 16-22). Todavia, na linha 22, a cardiologista explica que há uma “paredezinha” que separa o lado direito e o esquerdo do coração, a qual é a última estrutura que se forma (l. 27). Na linha 29, a profissional relaciona, tentativamente, essa parede à anomalia que o sobrinho da gestante apresentava. Então, nas linhas 31-32, ela explica que o coração do feto apresenta um “buraquinho” nessa parede. Na linha 33, a gestante oferece um continuador (“mhm”), e a profissional segue elaborando sua explicação.

Primeiramente, a profissional coloca a “natureza” como agente da ação de trabalhar e avisa que esse trabalho está em progresso: “a natureza ainda tá fazendo o trabalho dela” (l. 34-35). Ou seja, há um “problema”, mas ainda há tempo para ele seja solucionado

de forma natural; resta-nos “esperá pra ver como é que vai ficá” (l. 37-38). Ela também elabora a notícia, informando a dimensão do buraco, que considera médio (l. 40-41). Depois disso, ameniza o fato, explicando que essa parede pode levar até o terceiro ano de idade para se fechar (l. 48-50) e que é comum encontrar essa característica em ultrassonografias de fetos “novinhos”, já que esta é a última estrutura a se formar (l. 63-67). Por isso, a médica explica que é comum repetir o exame após o nascimento para acompanhar o desenvolvimento dessa estrutura (l. 67-68).

Nota-se uma diferença significativa entre o tamanho das sequências com avaliações positivas (Excerto 35 e Excerto 36) e aquelas com avaliações negativas (Excerto 37). Em vez de dizer que “não está tudo bem”, as profissionais compartilham seu raciocínio médico por meio da explicação de detalhes mínimos de aspectos que constituem anomalias evidenciadas nos exames.

Por meio dessa análise, é possível observar evidências da orientação dos/as profissionais para o que é conhecimento de senso comum e o que é conhecimento técnico, o qual precisa ser explicado caso haja alguma anomalia. A seguir, veremos como as profissionais se orientam para a variável peso fetal como pertencente ao senso comum, uma vez que anunciam o valor do peso sem oferecer avaliações quanto à normalidade.

8.1.3 Anúncio de Informações sem Avaliações

Diferentemente dos Excertos 35 e 36 da subseção anterior, que apresentavam apenas avaliações positivas sobre variáveis como coração, sistema nervoso e líquido amniótico – sem, no entanto, apresentar detalhes factuais sobre essas variáveis –, os excertos apresentados nesta subseção contêm anúncios de valores numéricos em relação ao peso fetal, i.e., variáveis técnicas, sem avaliá-las em termos de normalidade. Discute-se, aqui, que a apresentação de algumas informações sem e outras com avaliações revela a orientação das/os profissionais sobre o que é domínio epistêmico profissional ou leigo.

Conforme abordamos a seguir, as gestantes dos dois excertos analisados nesta subseção, por sua vez, também não solicitam por avaliações. O Excerto 38 é parte do final da fase de exame da primeira etapa de uma avaliação morfológica de um feto de 23 semanas que apresentara TN aumentada. Outro extrato dessa interação foi analisado no Excerto 36.

Excerto 38: HMF_ECOMORFO_dora_FERNANDA_21_01_14_43mV

1 (1.5)
 2 RES: quatrocentos e noventa e sete gramas tem o
 3 bebê tá
 4 GES: °°mhm°°
 5 (2.7)
 6 RES: dora tu tem consulta hoje ou tu >só veio fazê o
 7 exame<?
 8 (.)
 9 GES: °só vim fazê eco°
 10 RES: tá:.
 (1.9)

Assim que a residente chega à imagem da tabela que contém a informação sobre o peso fetal, ela a informa à gestante (l. 2-3), que responde com um recibo mínimo de informação (l. 4). Em seguida, a residente muda de tópico (l. 6) sem avaliar a (a)normalidade do peso.

O próximo excerto também é parte do final da fase de exame da primeira etapa de uma avaliação morfológica de um feto de 23 semanas. A gestante fora encaminhada ao hospital por ser diabética, ter um cisto e um deslocamento de placenta. O Excerto 39 ocorre no final do exame morfológico, quando a residente auxilia a gestante a se levantar da cama.

Excerto 39: HMF_ECOMORFO_talise_RAFAELA_26_03_14A

1 +(5.7)
 res +auxilia GES a descer da cama -->>
 2 RES: seiscentos gramas
 3 (0.5)
 4 RES: tá pesando
 5 GES: °°nossa:°°
 6 (14.6)

Enquanto a profissional auxilia a gestante, o peso fetal aparece na tela do ultrassom e é anunciado pela residente (l. 2). Sem recibos de informação da gestante, a profissional explica que “seiscentos gramas” (l. 2) é o valor que o feto “tá pesando” (l. 4), ao que a gestante responde com uma interjeição de surpresa (l. 5). Contudo, as participantes não avaliam a normalidade dessa medida.

8.1.4 Discussão

A análise dos dados que constitui as sequências iniciadas pelas/os profissionais para o tratamento do tópico saúde fetal, conforme apresentado ao longo desta subseção, revela-nos uma orientação tácita por parte das/os profissionais a revelar ou omitir o raciocínio médico, mediante dois aspectos: a normalidade das variáveis analisadas e o pertencimento dessas variáveis ao domínio epistêmico técnico ou leigo. Categorizamos as variáveis analisadas levando em consideração o posicionamento das/os participantes da seguinte maneira: as variáveis de domínio técnico são abordadas junto com avaliações, i.e., as/os profissionais se orientam para a necessidade de alguma “tradução” para que sejam compreendidas pelas gestantes e acompanhantes; já as variáveis de domínio leigo são informadas com ou sem avaliações, ou seja, as/os profissionais as informam e deixam as gestantes acionarem seu senso comum para avaliar a valências dessas informações. Assim, vemos que as variáveis técnicas são necessariamente seguidas de expansões, enquanto as leigas podem ou não conter sequências com explicações subsequentes. O Quadro 5 abaixo ilustra esse achado.

Quadro 5 - A orientação das/os profissionais em relação a variáveis técnicas e leigas

Ações Interacionais	Avaliação Normal	Avaliação Anormal	Variável de Domínio Técnico	Variável de Domínio Leigo
Anúncio de informação + avaliação	X	X		X
Anúncio de informação + avaliação		X	X	
Avaliação (somente)	X		X	
Anúncio de informação (somente)	-	-		X

Fonte: Elaborado pela autora.

Como podemos observar no Quadro 5, informações que concernem ao domínio epistêmico leigo, i.e., informações do senso comum, como o peso fetal, podem ser informadas de forma combinada a avaliações, independentemente da normalidade. No entanto, informações relacionadas ao domínio epistêmico técnico, tais como volume do líquido amniótico, características do sistema nervoso e da anatomia do coração, são majoritariamente anunciadas quando há alguma anormalidade com elas. Caso as variáveis referentes ao domínio puramente técnico estejam normais e ainda assim sejam socializadas com as

gestantes, essa socialização ocorre por meio de avaliações. Por outro lado, o valor peso fetal é revelado como sendo uma variável do senso comum, justamente porque ele é, por vezes, apresentado sem avaliações – i.e., as profissionais informam o valor técnico e deixam as gestantes e acompanhantes fazerem suas próprias avaliações.

Logo, o conceito de disponibilização de raciocínio médico, observado por Peräkylä (2006), por meio do qual as/os profissionais da saúde direcionam as/os pacientes a determinado diagnóstico, é ampliado com a análise aqui apresentada. Percebe-se que as/os ecografistas tendem a ocultar informações sobre variáveis altamente técnicas. Quando há a avaliação normal desses valores, as/os profissionais costumam simplesmente avaliá-los, em vez de revelar o raciocínio (e.g., valores numéricos e explicações com base em fatos) que os leva a avaliar algo como normal.

Como veremos na próxima seção, as gestantes e acompanhantes, além de iniciarem sequências interacionais sobre as imagens, também iniciam sequências sobre aspectos referentes à saúde fetal. Tais práticas levam as/os profissionais a revelar seus raciocínios. Porém, diferentemente das sequências com questionamentos relacionados às imagens, nem sempre gestantes e acompanhantes são bem-sucedidas/os nas solicitações referentes à saúde fetal. Assim, a próxima seção apresenta excertos que ilustram as contingências que interferem no provimento de determinadas informações solicitadas pelas gestantes e acompanhantes.

8.2 Sequências Iniciadas pelas Gestantes e Acompanhantes

O principal objetivo desta seção é analisar a orientação das gestantes e acompanhantes para a realização de seus questionamentos, observando as práticas que funcionam – i.e., as práticas cujas ações tornadas relevantes pelo turno anterior são obtidas nos turnos responsivos das/os profissionais – e as que não funcionam. Desse modo, organizamos esta seção de forma diferente da organização das subseções que tratam das sequências iniciadas por gestantes e acompanhantes relacionadas às imagens (6.2). Aqui, organizamos as subseções em função das circunstâncias contextuais para as quais as/os participantes se orientam ao realizar suas solicitações: sequência interacional (e/ou procedural), imagem e tópico conversacional.

As solicitações orientadas para a sequência interacional (e/ou para o procedimento em questão) são aquelas já descritas por Nishizaka (2014b, 2011b, 2010), que ocorrem nas seguintes posições dentro da organização geral dos exames:

a) durante fases transitórias, entre a realização de uma medida e outra (NISHIZAKA, 2014b);

b) em consultas de pré-natal, durante a fase de preparação para o exame ultrassonográfico (e.g., enquanto o/a profissional coloca o gel no transdutor e sobre o abdômen da gestante etc.) (NISHIZAKA, 2010);

c) em expansões de respostas (NISHIZAKA, 2011b).

Essas fases propiciam oportunidades que as gestantes aproveitam para tomar o turno sem incorrer em uma possível interrupção do trabalho das/os profissionais. Já as solicitações orientadas para a imagem não costumam acontecer em momentos de transição entre uma medida e outra, ou entre uma fase interacional ou outra, mas são disparadas a partir do que as gestantes identificam na tela e que se torna um motivo de dúvida.

Por fim, as solicitações orientadas para o tópico conversacional são realizadas quando residentes e preceptoras/es conversam entre si sobre as imagens fetais, e a gestante ou a/o acompanhante se autosselecionam para solicitar alguma informação relacionada ao tópico dessas conversas.

8.2.1 Orientação para a Sequência Interacional ou Procedural

Conforme anunciado na introdução desta seção, abordamos aqui as sequências iniciadas por gestantes ou profissionais para lidar com o tópico saúde fetal, apresentando solicitações orientadas para a sequência interacional ou procedural dos exames. Para ilustração dessa categoria, trazemos dois excertos. O primeiro apresenta um pedido de confirmação por meio de uma pergunta polar, e o segundo contém um pedido de informação por meio de uma pergunta aberta do tipo específica.

O Excerto 40 desta subseção é parte da fase de transição entre a primeira e a segunda etapa de uma ultrassonografia obstétrica apresentada anteriormente (Excerto 18). Recordando, trata-se de uma gestante diabética de aproximadamente 16 anos, acompanhada por sua mãe.

Excerto 40: HMF_ECOOBST_taina_FERNANDA_02_10_2013_5m30

```

1          + (5.5)
    res +pro.-->
2 RES: tu aguarda um pouquinho aqui+ +que a doutora rosângela105
          -->+ +para o exame--->>
3          vai vir dar uma olhadinha ↑tá:
4          (0.4)
5 ACO: °mhm°
```

¹⁰⁵ Rosângela é o nome da preceptora responsável por revisar o trabalho da residente em questão.

6 (0.7)
 7 ACO: tá >e a água< tá normal?
 8 RES: ela vai olhá i↓sso
 9 + (2.3) + + (4.5) +
 res +levanta-se-+ +sai da sala-+

Aqui a residente sinaliza, verbal (l. 2) e corporificadamente (l. 2 e l. 9), que a primeira etapa do exame acabara. A acompanhante, orientada para o término do atendimento, solicita uma avaliação sobre a normalidade da “água” (l. 7). A acompanhante inicia seu turno (l. 7) com o marcador discursivo “tá”, sinalizando que há algo faltando antes do término da primeira fase. No início dessa interação, trecho não apresentado nesta tese, a acompanhante, mãe da gestante, avisa a residente que o exame anterior acusou que havia pouco líquido amniótico. Ou seja, aquela dúvida não fora resolvida na primeira etapa do exame. A residente, em resposta ao pedido de confirmação da acompanhante, passa a responsabilidade de provimento dessa informação à preceptora (l. 8). Aqui, no entanto, o fenômeno de “passar a vez”, conforme descrito por Seligman e Darling (2007), não se trata de uma estratégia para postergar a comunicação de más notícias, mas constitui uma prática típica do contexto de hospital-escola, onde as/os preceptores/as são, normalmente, as/os responsáveis por verificar ou por selar a averiguação de variáveis com suspeitas de anormalidade. Sem indícios de recibo da informação, a residente se levanta e sai da sala para buscar a preceptora.

O Excerto 41 também é parte de uma interação já trazida ao texto desta tese. Trata-se da ultrassonografia do feto com hérnia diafragmática. Aqui, preceptora e residente se encaminham para o final do exame e realizam avaliações gerais sobre os achados da análise.

Excerto 41: HMF_ECOOBST_edineia_DEISE_19_11_13_38m45V

1 PRE: e válvulas tão be:m,
 2 (0.9)
 3 PRE: ↑não tem su- >defeito estrutural maior no coração< ↑tá
 4 RES: mhm
 5 PRE: não tem.
 6 (2.6)
 7 PRE: °porque-° geralmente- pulsa os defeitos maiores
 8 ↑né:
 9 (4.5)
 10 **GES: no momento qual é que é o grau da minha hérnia**
 11 (1.9)
 12 PRE: é:: nós temos ainda *(1.1) uma <gestação>
 *con.aju--->
 13 (1.7)* que tem muito pra evoluir ↑né:
 ->*

14 (0.5)
 15 PRE: então assim o que que a gente vê aqui é que eu
 16 vejo o >coraçã- eu vejo desculpa< eu vejo
 17 o estômago lá- lá em cima ↑tá::
 18 (0.6)
 19 PRE: eu vejo que tem uma área boa ainda de pulmão de
 20 pulmão direito só que nós tamos com vinte e duas
 21 se↑manas?
 22 (0.4)
 23 PRE: <isso> vinte e ↓duas
 24 (2.2)
 25 PRE: nós temos ainda um percurso grande as coisas
 26 às vezes evoluem ↑né
 27 GES: °mhm°
 28 (2.1)
 29 RES: a ressonância pra ela seria- >mais adiante<?
 30 PRE: <mais adiante>
 31 ACO: evolui que você fala é: evolui pra melhor ou
 32 [pra pior?]
 33 PRE: [nós vamo]
 34 (0.7)
 35 PRE: ã:: nós vamo [sentá]
 36 ACO: [pode]
 37 PRE: e nós vamo conversá claramente sobre tudo
 38 (0.7)
 39 PRE: ↑tá:
 40 (1.1)
 41 PRE: [mas aí a gente vai olhá]=
 42 GES: [(a gente é muito curioso) hh]
 43 PRE: =olho no olho
 44 (0.8)
 45 PRE: ↑tá:
 46 GES: tá bom.
 47 (0.7)
 48 PRE: então assim po:de ter certeza que assim olha aqui
 49 a gente tem uma conversa muito:: >transparente<
 50 (1.3)
 51 PRE: então tudo que a gente vir (0.5) ver >desculpa<
 52 tudo que a gente ver
 53 (0.9)
 54 PRE: nós vamos informá vocês ↑tá:
 55 (2.2)
 56 PRE: vamo falá em riscos, e:: em como as coisas podem
 57 evoluir, e o que que a gente pode oferecê (1.4) ↑tá
 58 GES: o choque pior foi da: >da descoberta<, agora eu já
 59 tô=
 60 PRE: =é:=
 61 GES: =bem anestesi↓ada
 62 (0.9)
 63 PRE: °anestesiada tadinha°
 64 (1.1)

65 GES: <sério>
 66 PRE: eu se:i >imagino.<
 67 (8.6)
 68 PRE: é um golpe ↑né
 69 GES: é:
 70 (4.2)

A solicitação de avaliação do estado atual da hérnia diafragmática (l. 10), em formato de pergunta aberta do tipo específica, demonstra a orientação da gestante para o final do exame, a partir das avaliações realizadas pela preceptora nos turnos que antecedem a solicitação da gestante. As avaliações da preceptora podem indicar que o final do exame está próximo e que, assim, já é possível fazer avaliações sobre o resultado.

No entanto, mesmo que estejam se encaminhando para o final do exame – momento possivelmente mais oportuno para fazer perguntas sobre seu resultado –, existem algumas solicitações que ainda não podem ser respondidas, por dependerem da evolução do quadro, conforme explicado pela preceptora nas linhas 12-26. Depois de receber solicitação de esclarecimento sobre o termo “evoluir” (l. 31-32), a preceptora oferece uma resposta que não atende à solicitação, mas que informa como as interações são organizadas nesse contexto: todos os detalhes do resultado do exame são tratados em outra consulta, em que a disposição dos corpos é outra (ficam sentados para poderem falar “olho no olho”) (l. 41-43). Ou seja, a partir dessa explicação, a preceptora assinala que solicitações sobre resultados do exame que descrevem detalhes de uma anomalia não compõem a estrutura geral das ultrassonografias fetais nesse contexto, mas acontecem em outro atendimento dentro desse mesmo hospital.

A preceptora parece se orientar para a ausência de engajamento da gestante e do acompanhante como forma de resistência dos participantes à resposta, que não atende às solicitações feitas por eles. Evidência dessa orientação é a quantidade de turnos que a profissional produz, tratando da postura de comunicação assumida pela instituição: a franqueza. No entanto, essa quantidade de explicações e justificativas opera de modo a sugerir que, sim, o grau da hérnia é grave, tanto que precisa ser comunicado em outra disposição, em que as/os participantes estejam em condições diferenciadas, sentadas/os e olhando olho no olho.

De fato, afora um continuador e um aceite da gestante (l. 27 e 46 respectivamente), as justificativas da preceptora são permeadas de locais relevantes para troca de turno (l. 14, 18, 38, 40, 44, 50 e 52), inclusive com convites explícitos de concordância (l. 13, “↑né”, e l. 17, 39 e 45, “tá?”), sem alinhamento e afiliação da gestante e do acompanhante. Somente na linha 58, a gestante responde às justificativas da preceptora com uma informação que indica que a

preceptora pode prosseguir na comunicação das notícias que está postergando. Através da revelação de que o “o choque pior foi da: >da descoberta<, agora eu já tô bem anestesiada” (l. 58-59 e 61), a gestante sugere que a preceptora não precisa poupá-los de uma má notícia, pois já sabem o pior, i.e., nada mais vai machucá-los. No entanto, mesmo com esse sinal para que a profissional siga comunicando a má notícia, ela não o faz. Em vez disso, demonstra empatia em relação à situação do casal, mas posterga a informação sobre o grau da hérnia que o feto apresenta.

Os dois excertos desta subseção demonstram a orientação das gestantes e acompanhantes para o final de uma fase do exame como indicador de que as/os profissionais possam responder a solicitações de informações referentes à saúde fetal. No entanto, nenhuma das solicitações é respondida aqui: ambas as respostas se configuram em postergações da informação solicitada. A profissional que responde à solicitação do primeiro excerto passa a responsabilidade de confirmar a normalidade do líquido fetal à médica preceptora. Ou seja, a residente, até o momento da solicitação da acompanhante, não obtivera informações suficientes para poder avaliar o volume de líquido amniótico. Já a preceptora que responde à solicitação da gestante do Excerto 41 posterga a oferta de avaliação sobre o grau da hérnia com base no argumento que se trata de uma patologia dinâmica, que ainda tem muito para evoluir, ou seja, qualquer informação provida nesse momento pode vir a variar ao longo da gestação. Ainda, a profissional garante que as notícias sobre o estado da hérnia serão comunicadas em outra consulta, de maneira franca e em um ambiente com condições melhores para conversa.

Percebe-se, já na análise desses dois primeiros excertos (40 e 41), uma orientação das profissionais para contingências situacionais e organizacionais dos atendimentos que são mais complexas do que as contingências que as impedem de responder a solicitações sobre as imagens fetais. Veremos, com a análise dos excertos com solicitações relacionadas a imagens e ao tópico conversacional, como a oferta de respostas que não respondem são dominantes quando as solicitações das gestantes e acompanhantes entornam o tópico saúde fetal.

8.2.2 Orientação para a Imagem

Aqui apresentamos dois excertos em que as gestantes solicitam informações acerca da saúde fetal que são acionadas por imagens projetadas na tela. A solicitação do Excerto 42 ocorre em formato de pergunta aberta específica, enquanto a do Excerto 43 ocorre através de uma pergunta polar.

O Excerto 42 é parte da primeira etapa de uma avaliação obstétrica, especificamente do final da fase de exame de um feto com 32 semanas que apresenta cistos pulmonares.

Excerto 42: HMF_ECOOBST_ana_FERNANDA_19_11_13_4m22V

1 RES: +>tranca um pouquinho< a respiraçã
 +>>observa fluxo da artéria umbilical-->
 2 (1.1)+ +(3.7)+ +(0.4)
 res -->+ +ouvAU¹⁰⁶+ +medIRAU¹⁰⁷--->1.11
 3 RES: °pode soltá°
 4 (5.6)
 5 GES: #°quantos centímetros ele já tem.°
 Ima #ima.1 C
 6 (0.4)
 7 RES: quantos centímetros?
 8 GES: é:
 9 (0.5)
 10 RES: depois eu te digo. tá?
 11 (1.5)+
 res -->+

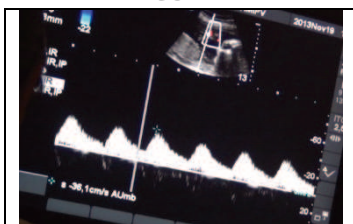


Imagem 1 C

Na linha 1, a residente solicita, por meio de um diretivo, que a gestante tranque a respiração por um momento. Logo após ouvir o fluxo da artéria umbilical (l. 2), a residente inicia a medida do Índice de Resistência da Artéria Umbilical (IRAU na transcrição), o que resulta no aparecimento de um algarismo em centímetros na tela de projeção (Imagem 1). A gestante, provavelmente orientada para esse número, solicita à residente a medida em centímetros de seu feto (l. 16).

A residente, na linha 7, repete parcialmente o turno anterior da gestante, em entonação ascendente e enfatizando o termo “centímetros”, o que inicia um reparo que parece marcar a solicitação da gestante como inesperada (SELTING, 2010). De fato, após a confirmação da gestante (l. 8), a profissional oferece uma resposta que não responde à solicitação da gestante, mas que posterga o oferecimento da informação sobre o tamanho fetal. Esta postergação “depois eu te digo. tá?” não constitui uma justificativa que explique a razão do impedimento de oferta da informação solicitada nesse momento da interação.

¹⁰⁶ A profissional ouve o fluxo da artéria umbilical.

¹⁰⁷ A profissional mede o Índice de Resistência da Artéria Umbilical.

Contudo, a partir da análise das ações tecnológicas realizadas pela profissional, entende-se que a residente está em meio à realização de outra medida que não o tamanho fetal: na linha 11, a residente termina a medida do Índice de Resistência da Artéria Umbilical. O comprimento fetal, no entanto, depende da medida do fêmur do feto, o que, até esse momento do exame, ainda não fora feito, sendo essa a razão da postergação do provimento de informação. De fato, a residente responde a essa solicitação aproximadamente 20 minutos depois, quando já se aproxima o final do exame (excerto não apresentado aqui).

A gestante do próximo excerto (43) apresenta diabetes gestacional controlada por dieta. A avaliação realizada se chama perfil biofísico fetal, destinada a gestações de risco – no caso dessa gestante, o exame foi feito devido a sua percepção de que o feto estava mexendo menos do que anteriormente. Conforme Manning (2000), o perfil biofísico fetal é um teste que avalia a vitalidade fetal. Para tanto, estas cinco variáveis biofísicas, i.e., atividades desenvolvidas pelo feto, das quais depende o seu bem-estar, são avaliadas: a respiração fetal, o movimento fetal, o tono fetal, a reatividade cardíaca e o volume do líquido amniótico.

Para melhor compreensão do Excerto 43, é importante verificar, no Quadro 6, os valores considerados normais e anormais das variáveis avaliadas no teste de Perfil Biofísico Fetal.

Quadro 6 - Valores do perfil biofísico: técnica e interpretação

Variável Biofísica	Normal (Escore = 2)	Anormal (Escore = 0)
FBM	Pelo menos um episódio de FBM de duração de pelo menos 30seg em observação de 30min	Ausência de FBM ou nenhum episódio de mais de 30seg em 30min
Movimento corporal bruto	Pelo menos três movimentos distintos de corpo/extremidades em 30min (episódios de movimento contínuo ativo considerado como movimento único)	Dois ou menos episódios de movimentos de corpo/membros em 30min
Tono fetal	Pelo menos um episódio de extensão ativa com retorno à flexão de extremidade(s) ou tronco fetal. Abertura e fechamento de mão considerados tono normal	Extensão lenta com retorno à flexão parcial ou movimento das extremidades em extensão plena. Ausência do movimento fetal
FHR reativa	Pelo menos dois episódios de aceleração da FHR de mais de 15 batimentos/min e de pelo menos 15seg de duração associados a movimento fetal em 30min	Menos de dois episódios de aceleração da FHR ou aceleração de menos de 15 batimentos/min em 30min
AFV qualitativo	Pelo menos um bolsa de AF que meça pelo menos 2cm em dois planos perpendiculares	Ausência de bolsa ou bolsa com menos de 2cm em dois planos perpendiculares

Fonte: Manning (2000, p. 614).

Nota: FBM, *fetal breathing movement* (movimento respiratório fetal); FHR, *fetal heart rate* (frequência cardíaca fetal); AFV, *amniotic fluid volume* (volume de líquido amniótico); AF, *amniotic fluid* (líquido amniótico).

O Excerto 43 ocorre no início da primeira etapa do atendimento, quando a residente realizava o exame.

Excerto 43: HMF_PERFIL_vivian_FERNANDA_22_10_13_0mV¹⁰⁸

```

1      + (25.4) + + (9.7) + + (48.7)          + + (4.7)
      res +>>pro.--+ +test.----+ +div109.con.med.ILA110+ +pro.---->>
2 GES: ele mexeu daí
3      (.)
4 GES: (>não<) mexeu?
5      (0.5)
6 RES: n:ão [tô olhando a mexidinha ↑dele]=
7 GES:      [eu senti- (.) a::          ]
8 RES:      =eu tô
9      olhando o líquido na real[idade.]
10 GES:      [a: tá.] >↑não é porque<
11      e- >tipo assim< quando- (.) eu cada vez que eu fazia eco
12      eu sentia que ele mexia bastante n[é ]
13 RES:      [mh]m:,
14      (0.5)
15 GES: °só >>se eu-<< (0.7) não tô sentindo de repente°
16      (0.7)
17 GES: °agora°
18      (3.9)
19 RES: mas o líquido tá super bom tá
20 GES: é::
21      +(0.5) +
      res +ass.--+

```

A residente mantém a imagem do ultrassom congelada por 48 segundos para medir o Índice de Líquido amniótico (IFA) (l. 1). Assim que a profissional descongela a imagem da tela do ultrassom e movimenta o transdutor sobre o abdômen da gestante, a imagem na tela se movimenta. Em outras palavras, o movimento corporificado da profissional gera uma transição de imagens na tela.

Atenta ao movimento ocorrido na tela no final da l. 1, a gestante solicita confirmação de que o feto mexera (l. 2). O formato positivo da sua solicitação revela o princípio de otimização descrito por Heritage (2002). Após uma micropausa (l. 3), possivelmente

¹⁰⁸ O Excerto 43 foi analisado em um trabalho apresentado na 5th *International Conference of Conversation analysis* (FREZZA; OSTERMANN, 2018).

¹⁰⁹ A profissional divide a tela em duas partes.

¹¹⁰ ILA= Índice de Líquido Amniótico.

orientada para o fato de que a residente não toma o turno imediatamente, a gestante ajusta seu pedido de confirmação, diminuindo a otimização da situação ao trocar a polaridade positiva da solicitação por negativa (l. 4).

Em vez de responder com uma resposta conformativa, a residente oferece uma justificativa por não poder confirmar nem desconfirmar o pedido: até o momento, a variável da vitalidade fetal analisada era outra, qual seja, o líquido amniótico. Dessa forma, a residente oferece uma resposta que não atende à solicitação da gestante, através da justificativa de não poder oferecer a informação solicitada por ainda não ter acesso a ela (RAYMOND, 2003). Esse tipo de justificativa revela que o pedido de confirmação da gestante está deslocado dentro da estrutura geral do exame. Ainda, a resposta da profissional demonstra sua falta de consideração por aquilo que a gestante viu na tela: um movimento que desencadeou sua solicitação.

Na linha 10, através do recibo de informação “a: tá”¹¹¹, a gestante sinaliza que não sabia o que estava sendo analisado pela médica. Em seguida, a paciente expande sua resposta, justificando sua solicitação com base no fato de que sempre “sentia” o feto mexer bastante nas outras ecografias, o que não ocorre nesta (l. 10-12). Esse formato cria um cenário otimizado (HERITAGE, 2002), no qual o feto está saudável, mas a gestante não percebera seu movimento.

Dessa forma, compreende-se que, a despeito da ausência de sensação física do movimento fetal, o movimento observado na imagem do ultrassom (no final da l. 1) serve como insumo para solicitação de confirmação das linhas 2 e 4. É notável, no entanto, como esse excerto revela um exemplo claro de como a tecnologia solapa o conhecimento experiencial da gestante sobre seu próprio corpo. Além de normalizar a condição de saúde do feto ao supor que ele mexera, mas que esse movimento não fora percebido pela gestante, o turno da linha 15 representa a orientação da gestante para a onisciência do equipamento de ultrassom, que pode ver o que a própria gestante não consegue sentir.

Seguindo a análise do Excerto 43, se a expansão da resposta provida pela gestante foi uma tentativa de pescar por informações (POMERANTZ, 1980), ela é falha, pois a profissional não responde em adjacência. Em vez disso, a residente avalia positivamente o líquido amniótico (l. 9), compartilhando com a gestante uma informação sobre o seu foco de

¹¹¹ O marcador de recibo de informação “a tá” foi descrito em um Trabalho de Conclusão de Curso orientado pela Profa. Dra. Ana Cristina Ostermann (HANSEN, 2014) como semelhante ao “oh” em inglês, que, por sua vez, foi descrito por Heritage (1984a) como marcador de mudança de estado cognitivo, em que quem recebe a informação sai do estado de desconhecedor/a da informação provida e passa ao estado de conhecedor da mesma.

escrutínio situado. Tal avaliação, posicionada logo após uma resposta que não atende à solicitação da gestante, configura-se como uma apresentação de perspectiva otimista¹¹², que opera na amenização da despreferência da sua ação anterior.

Mesmo que possa ser possível (ou visualmente acessível) à profissional a verificação do movimento fetal até o momento em que a gestante realiza sua solicitação, há algumas complicações em responder a essa questão de forma conformativa (com um “sim”, “não” ou similares). É possível que a residente não tenha visto o movimento fetal ainda, mas que o feto venha a se movimentar em alguns segundos. Assim, responder negativamente nesse momento pode gerar preocupações desnecessárias. Por outro lado, responder positivamente também pode não ser suficiente, caso a profissional tenha visualizado algum movimento fetal, pois a maior prova de vitalidade fetal é o batimento cardíaco, que também não fora observado até o momento da interação.

Podemos concluir que duas contingências técnicas impossibilitam a profissional de oferecer informações sobre o movimento fetal até o Excerto 43: a) a profissional iniciara o teste analisando outra variável que não aquela em foco; e b) o fato de o feto estar dormindo (aspecto observado instantes após o Excerto 43, em uma sequência não transcrita aqui) diminui a gama de movimentos empreendidos. A gestante, por sua vez, encaminhada para a realização do teste de perfil biofísico por ter percebido uma diminuição considerável do movimento fetal, orienta-se para solicitar informações sobre esse tópico desde o início da interação. Ou seja, a pressa da gestante em saber se o feto está com o movimento normal não pôde ser atendida pela residente, devido às contingências *a* e *b*.

8.2.3 Orientação para o Tópico Conversacional

Além das peculiaridades da organização de participação no contexto de ultrassonografia obstétrica, observadas por Nishizaka (2011a) – campos operacionais espacialmente separados, quais sejam, a tela do monitor e o abdômen da gestante, que são exibidos e integrados durante as interações –, o contexto de pesquisa em questão também é complexo devido à estrutura de participação, envolvendo profissionais residentes e preceptoras/es na realização dos exames. Ou seja, seguindo a proposta de Goffman (2013[1979]) sobre estrutura de participação, que defende que as mudanças de papéis sociais

¹¹² O fenômeno ‘apresentação de perspectiva otimista’ (OSTERMANN; FREZZA; MACHADO; ZEN, 2017; STIVERS, 2017) se refere à formulação de algum tipo de boa notícia quando a notícia principal é ruim (JEFFERSON, 1988; MAYNARD, 2003). Exemplos de apresentação de perspectiva otimistas são anúncios curativos, aspectos positivos da situação ou projeções otimistas.

ocorrem situadamente e, assim, desconsidera a figura idealizada de ouvintes passivos, bem como sustenta a ideia de que integrantes não ratificados/as, como participantes circunstantes e ouvintes por acaso, participam (mesmo que indiretamente) da interação, observamos como profissionais residentes e preceptoras/es, gestantes e acompanhantes organizam suas participações, mesmo quando não são interlocutoras/es endereçadas/os.

Goffman (2013[1979]) conceitua a ratificação como uma espécie de autorização, performada por meio de pistas visuais ou audíveis que uma audiência recebe do/a falante, a qual categoriza seus/suas interlocutores como endereçados/as ou não endereçados/as. A partir dessa definição, o autor (2013[1979], p. 120-21, grifo do autor) descreve três tipos de estruturas de participação entre falantes, interlocutores/as endereçados/as e não endereçados/as:

[...] ‘jogo paralelo’: a comunicação subordinada entre um subgrupo de participantes ratificados; o ‘jogo cruzado’: a comunicação entre participantes ratificados e circunstantes e que vai além das fronteiras do encontro dominante; o ‘jogo colateral’: palavras respeitosamente murmuradas, trocadas exclusivamente entre circunstantes.

No contexto dos dados da pesquisa desta tese, acontecem os três tipos de comunicação descritas por Goffman (2013[1979]). Contudo, este estudo visa a analisar apenas os dois primeiros – jogo paralelo e cruzado –, de modo a compreender como as estruturas de participação entre profissionais e leigos/as ocorrem, levando em consideração as características de hospital-escola e de interações em atendimentos de ultrassonografia fetal, que são próprias do contexto investigado.

O Excerto 44, o único que compõe esta coleção, refere-se a uma solicitação orientada para o tópico conversacional anterior. Para uma melhor compreensão da análise empreendida aqui, é preciso apresentar algumas considerações a respeito da estrutura de participação dessas interações – principalmente no que concerne à segunda etapa dos exames de avaliações obstétricas e morfológicas, quando há a participação de duas/dois profissionais, um/a preceptor/a e uma residente, da gestante e de eventuais acompanhantes no mesmo ambiente interacional.

Mesmo que dividam o mesmo ambiente, há momentos em que o enquadre¹¹³ interacional vigente é a discussão técnica a partir das imagens, que comporta apenas a participação ratificada das/os profissionais médicas/os, compreendendo enquadres de ensino entre preceptor/a e residente, de compreensão conjunta das imagens, de troca de informações sobre o quadro da gestação analisada e até de outros enquadres que cruzam as fronteiras do encontro dominante, como enquadres de brincadeiras e/ou de discussão sobre outros assuntos que não competem ao atendimento vigente.

Durante esses enquadres, ocorre o que Goffman (2013[1979], p. 120) chama de “jogo paralelo”, i.e., “a comunicação subordinada entre um subgrupo de participantes ratificados”. No contexto investigado, a/o preceptor/a e a residente são participantes ratificados, ao passo que a gestante e algum/a eventual acompanhante são participantes não ratificados, apenas circunstantes. Ou seja, caso gestante e/ou acompanhante queiram tomar o turno durante os enquadres de comunicação predominantemente profissional, precisam iniciar um movimento para construir o que Goffman (2013[1979], p. 120) define como “jogo cruzado”, i.e., uma “comunicação entre participantes ratificados e circunstantes e que vai além das fronteiras do encontro dominante”.

Nesse sentido, o conceito de *footing* se torna importante. Goffman (2013[1979], p. 113) define *footing* como “posicionamento, ou postura, ou projeção pessoal do participante”, explicando que “[u]ma mudança de *footing* implica uma mudança no alinhamento que assumimos para nós mesmos e para os outros presentes [...] uma mudança em nosso *footing* é um outro modo de falar de uma mudança em nosso enquadre dos eventos”.

O Excerto 44, analisado nesta subseção, ilustra como ocorre uma tentativa de mudança de *footing*, a partir de uma solicitação de informação da gestante decorrente da comunicação dominante entre preceptora e residente. Esse excerto também faz parte do final da fase de exame da segunda etapa da avaliação obstétrica do feto com hérnia diafragmática.

Excerto 44: HMF_ECOOBST_edineia_DEISE_19_11_13_36m30V

- 1 PRE: é só uma avaliação rápida assim, (1.2)
- 2 pra ver se não tem transposição que não tem, tá:
- 3 (0.9)
- 4 PRE: >°porque olha aqui ó°<
- 5 (1.7)

¹¹³ Bateson (1972) introduz a noção de enquadre utilizando um exemplo clássico: um macaco precisa realizar um trabalho de interpretação para compreender a mordida de outro macaco como parte de um enquadre de brincadeira ou de uma luta. Da mesma forma, participantes de uma interação, para fazer sentido de determinado turno de fala, precisam compreender o enquadre daquela situação. Goffman (1974) fundamenta o conceito de enquadre explorando as múltiplas estruturas linguísticas e visuais que estruturam a construção de eventos sociais.

6 PRE: esse *# aqui* é o ventrículo di↑reito
 apo.I-

Ima #ima.1 C

7 RES: °mhm°

8 PRE: saindo pra- pro tronco da pulmonar ó:

9 (1.7)

10 **GES: °o que seria uma transposição?°**

11 PRE: m:: >umas coisa feia<

12 (0.7)

13 PRE: >não tem ↑nada a ver com o teu bebê<

14 RES: °fica tranquila°=

15 PRE: =tá bo:m?

16 (2.2)

17 PRE: sã:o (0.7) alguns defeitos que às vezes podem ocorrê

18 Junto

19 (0.8)

20 GES: sim ã: me falaram o tempo inteiro que tem mais

21 (0.5) <<se:gue:>> (0.8) esse problema segue

22 mais outro::s:

23 (.)

24 PRE: ãrrã,

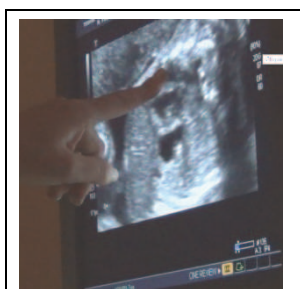


Imagem 1 C

A preceptora inicia o excerto com uma avaliação direcionada à residente, mais especificamente sobre o tipo de avaliação que é feita para verificação de presença de transposição¹¹⁴ (l. 1-2). Trata-se de um enquadre de ensino, ou, para utilizar os termos da AC, de uma atividade de ensino, em que a preceptora explica à residente como se observa a anomalia da transposição (l. 1-8) – a qual não é apresentada pelo feto em questão. Ou seja, aqui ocorre uma prática própria de um hospital-escola, em que o exame analisado é utilizado apenas como recurso pedagógico.

Na linha 10, a gestante se mostra atenta ao tópico conversacional tratado entre preceptora e residente, ao solicitar uma explicação sobre o termo “transposição”. Observa-se que a solicitação é produzida em volume baixo – o que pode indicar a orientação da gestante

¹¹⁴ Transposição se refere à anormalidade em que a aorta sai do ventrículo direito, e a artéria pulmonar sai do ventrículo esquerdo. Assim, a aorta fica à direita e paralela à artéria pulmonar, em vez de ficarem cruzadas, como ocorre na anatomia de um coração normal. Com base no diagnóstico, todos os bebês devem ser submetidos à cirurgia, a ser realizada ainda no período neonatal (KUMAR, 2010).

para a despreferência em interromper o que Goffman chamaria de um jogo paralelo – para iniciar um jogo cruzado. Ou seja, a gestante, que não era participante ratificada da sequência das linhas 1-9, autosseleciona-se para iniciar uma sequência interacional, gerando uma quebra na estrutura de participação corrente: profissional-profissional. A preceptora oferece uma resposta que, além de não atender à solicitação da gestante, sinaliza um ajuste de fala à interlocutora, pois passa de uma explicação estritamente técnica que fazia à residente – em que utiliza jargões como “transposição” (l. 2), “ventrículo direito” (l. 6) e “tronco da pulmonar” (l. 8) – e adentra uma explicação altamente leiga à gestante: “>umas coisa feia<” (l. 11). A resposta da preceptora se assemelha a respostas dadas a crianças quando perguntam coisas que os adultos julgam serem informações que não competem ao conhecimento apropriado àquela faixa etária.

Sem recibo da explicação provida (l. 12), a preceptora elabora sua resposta, explicando que o feto em questão não apresenta transposição (l. 13). Então, a residente produz um convite explícito para a expressão de alívio¹¹⁵ (l. 14). Em seguida, a preceptora solicita afiliação da gestante (l. 15); e, ainda sem resposta verbal (l. 16), ela faz uma reformulação, de modo ligeiramente mais técnico (l. 17), explicando que são defeitos que podem ocorrer junto com a hérnia diafragmática. Nas linhas 20-22, a gestante disponibiliza a fonte de sua dúvida, qual seja, ela ouvira de outros profissionais (“me falaram” – l. 20) sobre a possibilidade de a hérnia estar associada a outros problemas, o que opera como uma justificativa por ter solicitado a informação sobre a transposição na linha 10.

Ou seja, aqui, sem falar sobre as atividades correntes explicitamente, a gestante revela que estava orientada para a atividade “exame do feto em questão” e que, portanto, compreendera que a discussão sobre o termo “transposição” fosse relacionada ao seu feto. No entanto, a preceptora não se orienta para explicar que a conversa com a residente sobre transposição fazia parte da atividade interacional de ensino-aprendizagem, comum ao hospital-escola em questão, no qual as imagens servem como insumo didático. Assim, para o desenvolvimento da atividade de ensino-aprendizagem, é comum o tratamento verbal de anomalias que compõem o *checklist* a ser seguido nos exames, mas que não necessariamente configuram anomalias do feto avaliado.

Como pudemos observar, o Excerto 44 revela possíveis complicações que derivam da estrutura de participação em contextos de hospital-escola. Parte dessa estrutura é explicada às

¹¹⁵ “[...] explicit invitation to express relief” (NISHIZAKA, 2017, p. 647).

gestantes, como ocorre no início do atendimento de onde o Excerto 44 é proveniente. Vejamos.

Excerto 45: HMF_ECOOBST_edineia_DEISE_19_11_13_0mV

1 RES: vocês são de ((nome da cidade oculto))
 2 GES: <sim>
 3 (5.6)
 4 RES: eu vou começá o e↑xa:me (.) ↑tá: >não sei se a
 5 doutora fernanda conversou com vocês< a respeito
 6 de como funciona o >nosso serviço<
 7 (0.6)
 8 RES: a gente assim, eu a doutora fernanda a gente- é
 9 as residente aqui: ↑tá: então a gente faz as
 10 ecos e: passa pros nossos preceptores (.) ↑tá:
 11 que é o doutor joão e a do rosângela e o doutor
 12 ((nome oculto)) (.) ↑tá: e a doutora ((nome
 13 oculto)) então nunca a gente vai vê vocês
 14 soziñhos a gente sempre vai vê ↑com pessoas que
 15 tem a:nos de experiência
 16 (0.7)
 17 RES: então eu vou fazê, (.) aí a doutora Rosângela ou o
 18 doutor João vão fazê uma outra vistoria pra vê
 19 se eles acham mais alguma co:isa, pra gente
 20 conversá (.) ↑tá: a gente também conta com o
 21 doutor Jeferson que ele é geneticista, que ele vai
 22 conversá com vocês semana que vem ↑tá: mas isso
 23 aí sempre vai ser assim a gente vai olhá mas
 24 (0.5)
 25 RES: os <nossos> maiores estão atrás da gente sempre
 26 (0.6)
 27 RES: ↑tá: não te assuste então co- às vezes vai ser
 28 comigo as vezes vai ser com ela mas a gente sempre
 29 vai tá <junto> (.) ↑tá::
 30 (3.2)
 31 RES: vocês foram encaminhados pela doutora ((nome e
 32 sobrenome ocultos))
 33 GES: <ãrrãm>

Mesmo que alguns atendimentos sejam iniciados com uma apresentação da estrutura de participação do hospital-escola em questão, como podemos observar no Excerto 45, nenhum atendimento analisado contém pré-anúncios sobre o fato de que a participação de preceptoras/es prevê atividades pedagógicas. Nesse sentido, a análise sugere que a oferta de uma descrição da estrutura de participação desses atendimentos – que inclua a informação de que alguns jargões técnicos serão tratados durante o exame, mas que são decorrentes da

necessidade de construção de aprendizagem das residentes – tem potencial tranquilizador às/aos participantes leigas/os desses eventos.

8.2.4 Discussão

A análise dos excertos que compõem a seção de sequências iniciadas por gestantes e acompanhantes com o foco na compreensão da saúde fetal reforça a revelação de agentividade das/os participantes leigas/os no contexto de ultrassonografia obstétrica. Como tratado anteriormente, através das solicitações, as gestantes e os/as acompanhantes deixam de ser *altamente* dependentes dos/as profissionais, uma vez que os/as mobilizam para oferecer informações sobre imagens e sobre saúde fetal.

Outra reflexão que surge da análise das sequências que tratam especificamente do tópico saúde refere-se às práticas de gestantes e acompanhantes que obtêm maior êxito em suas solicitações: isso ocorre quando tais ações são alocadas em momentos de transição entre procedimentos ou fases interacionais do exame. Logo, a impressão de que gestantes e acompanhantes “atrapalham” os exames quando solicitam informações (CHAZAN, 2005, 2007) não deriva da quantidade de perguntas, mas sim da posição em que elas ocorrem na interação.

A possibilidade de provimento de informações em resposta às solicitações das gestantes é contingente a três fatores:

- a) O acesso da/o profissional à informação requerida, já que, às vezes, a informação é solicitada antes do procedimento que gera acesso a ela (Excertos 40, 42 e 43);
- b) A atividade realizada pela/o profissional no momento da solicitação, já que alguns procedimentos ou fases dos procedimentos, como a finalização da seleção de uma área a ser medida, exigem atenção (Excertos 18, 21 e 22);
- c) A impossibilidade de acesso à informação solicitada, por conta de uma restrição das capacidades do aparelho de ultrassom, do tipo de avaliação requisitada ou dos conhecimentos da/o profissional, por exemplo (Excertos 9 e 44).

Conforme descrito na literatura sobre respostas que não atendem à solicitação da pergunta, os/as interagentes tendem a se orientar para a despreferência desse tipo de resposta, oferecendo uma justificativa, em vez de simplesmente se negarem a atender à solicitação de informação (HERITAGE, 1984b; CLAYMAN, 2001, 2002). Os três fatores que interferem no atendimento das solicitações podem ser utilizados como justificativas sobre a impossibilidade

de oferta de informações, diminuindo, assim, a despreferência gerada por respostas que não atendem à expectativa da solicitação. No entanto, no que concerne às contingências descritas em (a) e (b), nossos dados apresentam algumas ações realizadas pelas/os profissionais que antecipam a possibilidade de realização de solicitações deslocadas dentro da estrutura geral dos exames. Por vezes, gestantes e acompanhantes realizam solicitações deslocadas, por desconhecerem a estrutura geral desses atendimentos. Desse modo, conforme sugerido no final da subseção 8.2.3, o pré-anúncio dessa estrutura logo no início da interação, a partir de informações sobre a complexidade da estrutura de participação no contexto de ultrassonografia fetal e de hospitais-escola, pode ser uma alternativa para evitar o surgimento de ansiedade, em um cenário no qual ela não precisaria necessariamente existir.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Excerto 46: HMF_ECOOBST_soraia_FERNANDA_05_11_13_5m30V

```

1      + (4.0) + + (0.6) + + (2.1) + + (2.0) +
      res +>>est.--+ +cli.----+ +pro.----+ +est.----+
2 RES: +>tu< tá +bem sora:ia?
      +.....+olha para a GES--->1.4
      +pro.-->1.6
3      (0.5)
4 GES: {{agudo}†tô}+
      ->+
5 RES: °tá tão séria.°
6      (0.7)
7 GES: †nã::o eu não consigo en:-+ +ve:r †nada °>eu não entendo
      ->+ +est.---->
8      muito isso aí<.°
9      #(6.2) +
      ->+
      Ima #ima.1 M
10 RES: >eu vou terminá-< eu vou te mostrá
11      (0.6)
12 GES: °pra mim fica tudo escuro.°
13      (5.5)

```

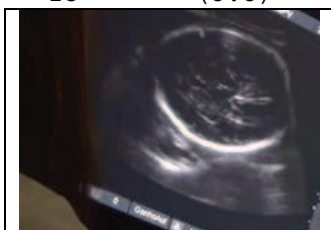


Imagem 1 M

O Excerto 13 faz parte da mesma interação do Excerto 46. Trata-se de um feto que apresentara translucência nucal alterada; as avaliações cardiológica e morfológica apresentaram resultados normais. Escolhemos deixar esse excerto para o final, pois ele não representa os fenômenos analisados nesta tese; no entanto, ele serve como base para a fundamentação de conceitos que se revelaram cruciais ao longo da análise, tais como a noção de multiatividade no contexto de trabalho.

Conforme discutimos ao longo deste estudo, as ultrassonografias fetais são atendimentos que, diferentemente de consultas médicas, não costumam contemplar a fase de apresentação de problemas. No entanto, no Excerto 46, a residente, depois examinar o feto em silêncio por 45 segundos (apresentamos uma transcrição multimodal de 10 segundos desse trecho, l. 1), solicita confirmação sobre o bem-estar da gestante (l. 2), enquanto procura por outra imagem. O formato dessa solicitação poderia gerar ambiguidade entre as ações de

solicitar a apresentação de um problema relacionado à saúde e simplesmente cumprimentar, caso a pergunta constituísse a fase de abertura do atendimento (HERITAGE; ROBINSON, 2006). No entanto, como a solicitação ocorre na própria fase de exame, a possibilidade de a gestante atribuir o sentido de cumprimento ao turno da profissional é descartada.

Após uma breve pausa (l. 3), a gestante confirma que está bem e marca sua resposta com tom agudo (l. 4), possivelmente demonstrando surpresa em relação à posição deslocada da pergunta. A profissional, por sua vez, orienta-se para prover uma justificativa por ter realizado a pergunta a essa altura da interação – qual seja, ela percebe que a gestante está muito séria (l. 5).

Então, a gestante toma o turno e oferece uma explicação à avaliação da profissional sobre sua seriedade aparente (l. 7-8). Observa-se que o turno inicia com o uso da partícula “não” como um marcador discursivo¹¹⁶, o que opera de modo a gerenciar a interpretação equivocada (LEE-GOLDMAN, 2011) da profissional em relação ao motivo da seriedade da gestante. Ou seja, através do turno prefaciado pela partícula “não”, a gestante sinaliza que não está séria porque está mal, mas porque não consegue compreender as imagens (l. 7-8). Ao construir sua explicação utilizando pronomes pessoais na primeira pessoa do singular (“eu”), a gestante se autorresponsabiliza pela incapacidade de entendimento acerca das imagens.

Em meio ao turno da gestante (l. 8), a profissional para de mexer o transdutor, mantendo a imagem estabilizada e a fala suspensa por mais de seis segundos (l. 9). No entanto, após esse silêncio tomado pela análise da imagem estabilizada, ela coordena o movimento do transdutor em busca de outras imagens, com o anúncio de uma oferta para mostrá-las após o término do exame (l. 10). A oferta da profissional revela duas agendas *sine qua non* da prática profissional que são inerentes a ultrassonografias fetais, quais sejam, a responsabilidade assumida pela profissional de fazer a gestante compreender as imagens e a anteposição da realização do exame em relação à atividade de mostrar propriamente dita. Ou seja, apesar de tomar a responsabilidade de mostrar as imagens para si, a profissional revela uma orientação maior para a atividade clínica em curso, o que já havia sido observado pela suspensão da fala para a análise da imagem (l. 9).

Nesse sentido, esse excerto revela certa concorrência entre a preferência pela realização do exame e a preferência pela contiguidade da interação. Tal competição também é observada na análise de outros excertos apresentados na tese.

Observemos que as pausas interturnos marcadas em negrito nos três excertos abaixo são tomadas pela atividade de realizar medidas.

¹¹⁶ Em língua portuguesa, o estudo da partícula “não” como um marcador discursivo tem sido desenvolvido por Zanuz (2018a, 2018b, 2018c, 2018d) e orientado pela Profa. Ana Cristina Ostermann.

Excerto 47 (reapresentação do Excerto 18):

HMF_ECOOBST_taina_FERNANDA_02_10_2013_2m25V

```

1      + (5.3)      +      + (2.1) #
      res +>>med.AF1---+      +....>
2 ACO: +esses vermelho ali >o que que< ↑é
      res +med.AF2--->
3      (1.2)+
      res      --+
4 RES: °isso é o cordão.°
5      (1.6)

```

Excerto 48 (reapresentação do Excerto 21):

HMF_ECOOBST_fabia_DEISE_29_10_13_6m50V

```

1      (1min37seg) ((RES procura imagens e registra medidas.))
2      + (3.6) + + (1.8)      + (7.7)
      res +est.---+ +con.amp.-->> +med.-->>
3 ACO: o que que é pra ser isso aí?
4      (0.6)
5 GES: a perna
6      (.)
7 RES: <i:sso>
8      (1.7)

```

Excerto 49 (reapresentação do Excerto 22):

HMF_ECOOBST_livia_DEISE_20_11_13_18mV

```

1      + (10.6)
      res +med.----->>
2 GES: aí tá a perna?
3      (1.8)
4 RES: °mhm, °

```

Os dois excertos abaixo apresentam pausas intraturnos, marcadas em negrito, que também são tomadas por atividades ligadas ao exame – quais sejam, o registro de uma captura de tela (Excerto 50/16) e a procura pelas tabelas com as informações dos pesos fetais (Excerto 51/32).

Excerto 50 (reapresentação do Excerto 16):

HMF_ECOCARDIO_amanda_LUANA_11_12_13_50sV

```

1      * (0.9) *
      méd *amp.---*
2 MÉD: a gente vai ampliá:, essa ima:gem,
3      (1.2)
4 MÉD: *ali o co*raçãozinho, >a gente tá vendo< ele bem: de fren↑te
      *amp.----*
5      as válvulas *de ↑dentro do coração parecem

```


*con.----->1.7
6 umas mãozi:nhas batendo palmas, * (3.0) *
reg.OT¹¹⁷-
7 MÉD: são válvulas de *ide:ntro do coraçã::o,
->*
8 (2.2)

Excerto 51 (reapresentação do Excerto 32):

HMF ECOOBST carla DEISE 26 11 13B 22mV

```

1      *(0.6)
   pre *>>med.--->
2 PRE: >tudo muito bom< eles tão com pesos muito parecidos ↑tá
3      um quilo e::,* *(1.5) um quilo cento e::,
           ->* *pro.-->
4      (5.6)* um cento e cinquenta,
           ->*
5      *(8.9)*
           *pro.-*
6 PRE: um >quilo e oitenta<

```

O microdetalhamento dos movimentos corporificados e tecnológicos em relação às ações verbais oferece evidências que fundamentam o que permeia e constitui o caráter híbrido das ultrassonografias fetais (TAYLOR, 1998, 2008; JONSSON, 2007; CHAZAN, 2005, 2007). Esse hibridismo é constituído pela atividade dita “oficial” do ultrassom: a realização de um exame clínico, que é interpolada pela atividade de socialização do feto com a gestante e eventuais acompanhantes. Nesse cenário, através da análise da fala-em-interação, percebe-se que as/os ultrassonografistas tratam a perspectiva profissional (JONSSON, 2007) como primária, ao passo que as gestantes (e eventuais acompanhantes) priorizam a perspectiva cotidiana (JONSSON, 2007). Dado que as/os participantes apresentam orientações distintas, o contexto de ultrassonografia fetal exige que as/os profissionais sejam capazes de orquestrar essas multiatividades, de modo a realizar seu trabalho sem privar as/os pacientes do seu direito de ver o feto (PALMER, 2009) através da tecnologia oferecida pelo ultrassom.

Chegando ao final deste trabalho, refletimos sobre as contribuições da investigação aqui empreendida para, no mínimo, três áreas abordadas nesta tese: o campo da Linguística Aplicada, a perspectiva teórico-metodológica da Análise da Conversa Multimodal e, evidentemente, a área de interface com práticas profissionais, em especial as que utilizam tecnologias, como é o caso das ultrassonografias.

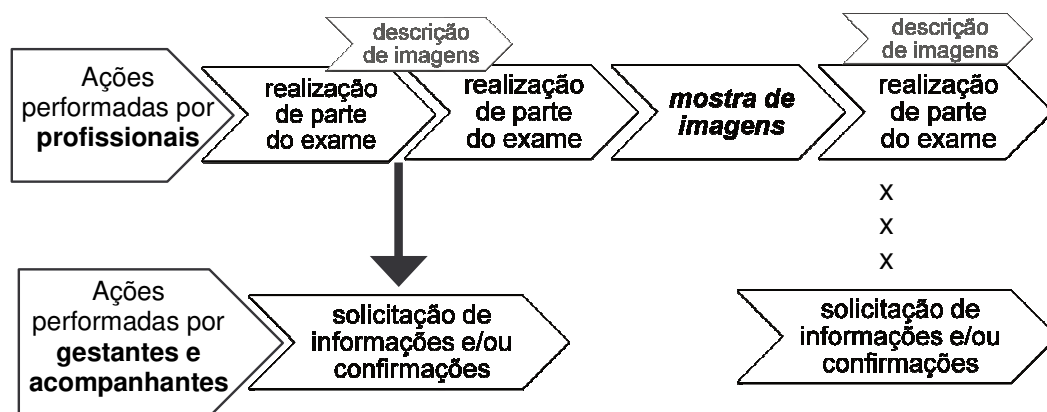
¹¹⁷ Os exames de ecocardiografias são feitos com duas telas: uma tela onde a médica observa as imagens (esta é a que gravamos) e a outra que parece servir para o registro das imagens que vão para o laudo, que é o que acontece nessa pausa de três segundos e que fora marcado como “reg.OT= registro em outra tela” na transcrição.

9.1 Contribuições para a Linguística Aplicada

Conforme apontamos no capítulo de introdução da tese, a realização deste estudo no Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da Unisinos se faz relevante, uma vez que a filosofia do programa prevê, assim como argumenta Barth-Weingarten (2008, p. 92¹¹⁸, grifo nosso), que a Linguística Aplicada (LA) não se restringe ao estudo de ensino e aprendizagem de línguas, mas “[...] que lida com a descrição, a explicação e a solução para problemas práticos da interação verbal em *todas as esferas da vida social*, incluindo aqueles campos em que questões éticas estão envolvidas”. Com vistas a contribuir para esse posicionamento contemporâneo de LA, analisamos, através do detalhamento microinteracional das interações, como profissionais e pacientes apresentam comportamentos e expectativas diferentes nas ultrassonografias, de maneira que os elementos sociais e clínicos são frequentemente colocados em tensão (MITCHELL, 2001; TAYLOR, 2008).

Por meio da análise empreendida, pudemos sistematizar os focos de tensão interacional nesse contexto, que podem ser observados na tentativa de representação desses fenômenos ilustrada na Figura 10.

Figura 10 - Trajetória das multiatividades performadas durante ultrassonografias fetais



Fonte: Elaborada pela autora.

Durante a realização do exame, há transições entre uma medida e outra (NISHIZAKA, 2014b) e entre uma fase do exame e outra (NISHIZAKA, 2010), representadas na Figura 10 pelos espaços entre uma seta e outra das ações performadas pelos/as profissionais. Alguns desses momentos de transição são tomados pela atividade de mostrar o feto, representada pela quarta seta das ações performadas pelas/os profissionais. Nesses momentos, que regularmente

¹¹⁸ “[...] which deals with the description, explanation, and solution of practical problems in verbal interaction in all spheres of social life, including those fields where ethical issues are involved.”

ocorrem no início ou no final do exame, a atividade oficial do ultrassom cede lugar à socialização do feto. No entanto, a atividade de descrever as imagens ocorre paralelamente à atividade de realizar o exame. Isso gera, como já discutimos na análise de dados, uma série de problemas de intersubjetividade, devido à ausência de simultaneidade entre referências verbais, corporificadas e visuais decorrentes da sobreposição de atividades.

No que se refere às solicitações das gestantes, percebemos que, quando elas ocorrem em momentos de transição entre uma atividade e outra, a chance de receberem respostas que atendam às expectativas das solicitações é maior, uma vez que as transições são momentos em que as/os profissionais estão mais disponíveis para se engajar em outras atividades. No entanto, as instâncias em que gestantes e/ou acompanhantes solicitam informações quando as/os profissionais estão focadas/os na realização de atividades relacionadas ao exame (captura de tela, seleção de área a ser medida etc.) tendem a ser malsucedidas. Nesses casos, ou as/os profissionais oferecem respostas que não atendem às expectativas das solicitações das gestantes. Isso ocorre principalmente quando as solicitações são feitas no início dos exames – momento no qual as/os profissionais ainda não possuem as informações necessárias para responder às dúvidas –, ou quando as respostas são produzidas com certo atraso, evidenciando que a atenção profissional estava direcionada a outra atividade.

Assim, o discernimento sobre as posições sequenciais em que determinadas ações são mais bem-sucedidas dentro da organização geral dos exames aponta para possíveis soluções no que tange às tensões interacionais que as/os participantes desses exames enfrentam.

Pensando em uma interlocução com profissionais da área de ultrassonografia, ponderamos sobre a possibilidade de intervenção, por meio da sugestão do uso de explicações sobre como os atendimentos nesse hospital funcionam e de anúncios procedimentais sobre o que é feito em cada momento, tal qual observamos no Excerto 45 e nos demais apresentados abaixo:

Excerto 52: HMF_ECOMORFO_angela_FERNANDA_11_02_14

1 RES: esse exame é um pouquinho demorado >assim<
 2 ↑mesmo tá >>porque<< eu tenho que olhá os
 3 detalhes de ca:da um dos bebês, medir tudo,
 4 tá ↑bom
 5 GES: mhm
 6 RES: qualquer dúvida tu vai me perguntando ↑tá:

Excerto 53: HMF_ECOOBST_flavia_FERNANDA_08_10_13

1 RES: mhm, eu vou então olhá todos os

2 detalhezinhos tá flávia,
 3 (0.6)
 4 RES: depois eu vou te mostrando
 5 as: (.) as coisinhas ↓tá
 6 (1min02seg)

Excerto 54: HMF_ECOOBST_ana_FERNANDA_03_12_13_1m05A (somente áudio)

1 (41.5)
 2 RES: depois eu vou mostrá o rosti::nho tudo ↑tá
 3 só vou fazê as medidinhas antes
 4 GES: mhm
 5 (56.7)

Excerto 55: HMF_ECOMORFO_talise_RAFAELA_26_03_14A

1 RES: mexendo basta:nte
 2 (1.1)
 3 RES: só precisava ago:ra ver os rins e acabá
 4 teu exame já

Esses excertos apresentam explicações atentas ao fato de que gestantes e acompanhantes podem desconhecer as práticas próprias desse tipo de exame. Assim, as/os profissionais dissipam, ou diminuem, as chances de interpretação dos silêncios nesses exames como indicadores de más notícias em relação à saúde fetal (NISHIZAKA, 2014a). Ao explicar que o exame é “um pouquinho demorado” (Excerto 52), que primeiro a profissional fará as medidas e depois mostrará as imagens (Excertos 53 e 54), e ao anunciar o que está sendo feito em cada momento (“só precisava agora ver os rins” – Excerto 55), as profissionais atribuem aos silêncios outro valor que não a indicação de más notícias: os silêncios passam a ser resultado da necessidade de concentração da/o profissional para aferição das imagens. Desse modo, a inclusão dessas explicações no início e ao longo dos atendimentos tem o potencial de resolver a reclamação da gestante Dara, que motivou esta pesquisa:

Excerto 56 (reapresentação do Excerto 2):

HMF_ACONGEN_dara_JEFERSON_04_02_14

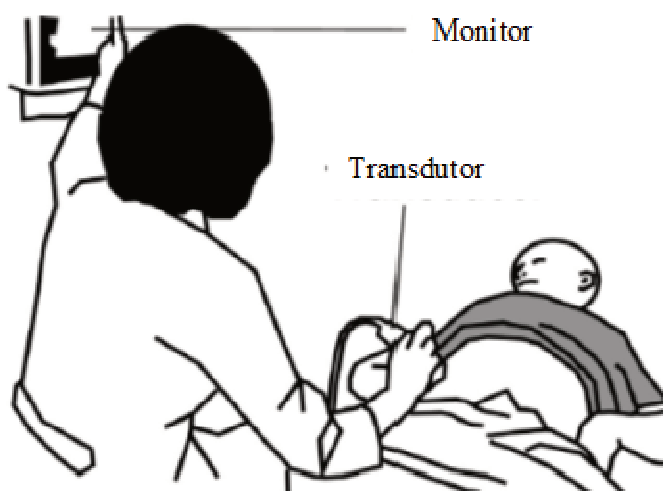
870 JEFERSON: mas o que que foi colocado aqui pra vocês
 871 que vocês entenderam
 872 (.)
 873 DARA: é: é que eles não ↑falam na:da eles fa:zem e tu só-
 874 (.) eles conversam entre e:les ali >as coisa
 875 que a gente< não en↑tende o que eles tão falando.

9.2 Contribuições para a Análise da Conversa Multimodal

Trazemos aqui duas contribuições deste estudo para o campo da Análise da Conversa Multimodal (2018). A primeira se refere ao fato de “ganharmos um limão e termos de transformá-lo em limonada”. Explico. Conforme mencionamos ao longo do trabalho, nossos dados foram gravados em áudio, e gravamos apenas a tela dos aparelhos de ultrassom. Isso constitui uma limitação para o estudo, uma vez que uma análise da constelação de recursos acionados ao longo dos atendimentos requer a gravação de todo o entorno das/os participantes e de seus corpos. No contexto de pesquisa em questão, esse tipo de dado seria o ideal, já que teríamos acesso a direcionamento de olhares, posição dos corpos, manejo do aparelho e de documentos, entrada e saída de profissionais na sala de ultrassonografia etc. Contudo, a gravação em imagem apenas da tela da ultrassonografia nos possibilitou um foco ampliado das ações corporificadas (e.g., gesto de apontar, alguns gestos isomorfoestruturais), tecnológicas (e.g., estabilização, congelamento, ampliação e diminuição da imagem, gesto de apontar com o cursor do ultrassom) e linguísticas acionadas ao longo da realização do exame.

Essa foi a “limonada” que fizemos, já que, com base na coordenação precisa entre imagem, referências corporificadas e fala, pudemos avançar na descrição das ações feitas por Nishizaka (2014a, 2014b, 2013, 2011) nesse contexto. As gravações realizadas nos estudos de Nishizaka abrangem todo o cenário das salas de ultrassonografia, conforme pode ser observado na Figura 11. Porém, o foco da câmera gravadora fica distante da tela do ultrassom, disponibilizando aos/as pesquisadores/as um acesso restrito às imagens sobre as quais se fala.

Figura 11 - Captura da filmagem dos dados de Nishizaka



Fonte: Nishizaka (2013, p. 69).

Em nosso caso, então, a restrição do foco da imagem em vídeo na tela do ultrassom nos proporciona acesso ao detalhamento de combinações de campos semióticos distintos, os quais constituem as diversas ações interacionais que estabelecem as multiatividades próprias do contexto da pesquisa, como foi discutido ao longo do trabalho. Assim, esta tese também contribui para os estudos que investigam a noção de sintaxe *online*¹¹⁹ (AUER, 2009), dentro da perspectiva da Linguística Interacional (COUPER-KUHLEN; SELTING, 2001). Estudos dessa natureza se preocupam em observar como a sintaxe falada se difere da escrita, devido às emergências situadas próprias da temporalidade dinâmica das conversas (AUER, 2009). Um exemplo disso é a análise que fizemos de perguntas abertas do tipo específicas com deslocamento de referentes à esquerda (STEFANI, 2014, p. 280¹²⁰), que, em nossos dados, aparece como uma solução situada para a efemeridade dos referentes.

Assim, se Moacyr Scliar lesse este trabalho, possivelmente concordaria que, na história da ultrassonografia fetal, não cabe julgarmos que “as vozes” performam o papel principal. Trata-se de uma história em que imagem, corpo, tecnologia e fala são altamente coordenados pelas/os participantes para, conjuntamente, atribuírem sentido às massas acinzentadas que surgem na tela.

No que tange à área dos estudos multimodais circunscritos a instituições, a análise da “tradução” da visão profissional (GOODWIN, 1994) à visão leiga merece destaque. Os estudos dedicados à análise de dados interacionais em contextos de multiatividade relacionados a instituições se interessam, amplamente, pela coconstrução de intersubjetividade de referentes em interação entre profissionais, abordando majoritariamente interações entre uma/um profissional mais *expert* e um/a aprendiz (ENDE; PROMERANTZ; ERICKSON, 1995; GOODWIN, 1994; HINDMARSH, 2010; MONDADA, 2014c; ZEMEM; KOSHMANN, 2014). Desse modo, mais do que compreender o contexto foco do estudo, o movimento de análise realizado aqui oferece uma sistematização de práticas que podem ser utilizadas em contextos de ensino-aprendizagem relacionados à ultrassonografia.

Dito isso, partimos para a próxima seção, que aborda contribuições referentes à área de ultrassonografia fetal.

¹¹⁹ “*on-line syntax*”.

¹²⁰ “[...] a sedimented, grammaticalised solution for a practical problem that shoppers face systematically in the supermarket setting, and that consists precisely in orienting the joint attention towards a ‘new’ object and in subsequently saying something about that object.”

9.3 Contribuições para Prática Profissional na Ultrassonografia Fetal

Consideramos que a maior contribuição deste estudo está relacionada à descrição de práticas sobre o trabalho interacional dispendido na área de ultrassom obstétrico, que pode ser disseminada a outras áreas, tais como ultrassom emergencial, diagnóstico de diversas naturezas e até interações médico/a-paciente mediadas por tecnologias, como amniocenteses, exames físicos com aparelhos diversos como estetoscópio, otoscópio, aparelho de pressão, entre outros. A seguir, citamos alguns exemplos de práticas de harmonização entre as multiatividades que compõem as ultrassonografias fetais e que podem ser aderidas em outros atendimentos médicos mediados pelo ultrassom, ou por outros artefatos tecnológicos.

- A preservação da simultaneidade entre fala, imagem e referências corporificadas, que garante que gestantes e acompanhantes visualizem os referentes tratados pelas/os profissionais e que constituem a construção de significados sociais;

- anúncios sobre o funcionamento dos exames;

- justificativas sobre as contingências que impedem as/os profissionais de atender as solicitações de gestantes e acompanhantes.

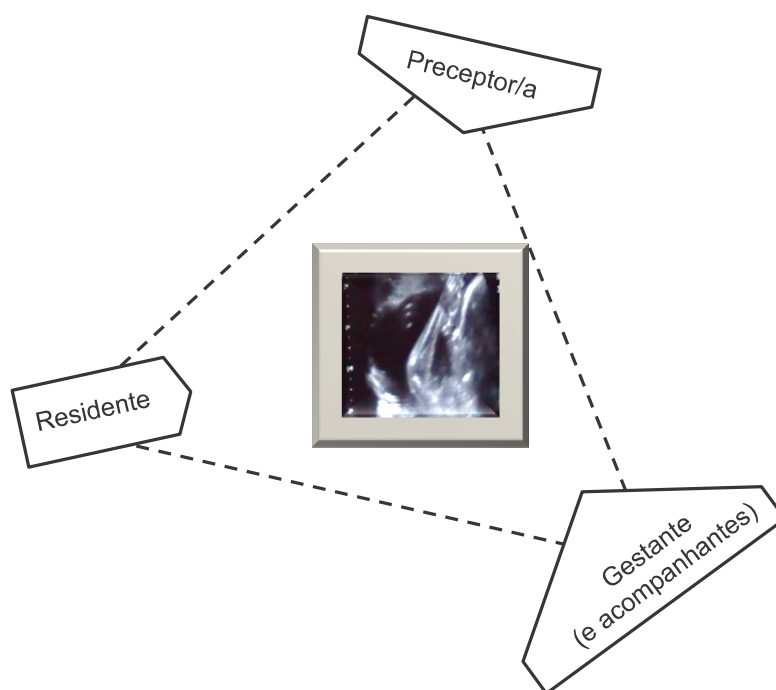
Em relação ao âmbito específico desta pesquisa, o estudo também contribui para a discussão sobre práticas interacionais em contextos de estruturas de participação complexas, como é o caso de programas de residência médica, os quais carecem de estudos que contemplem a interação profissional-profissional e profissional-leigo. Para além do objetivo central da tese, os dados desta pesquisa sugerem a necessidade de ajuste de fala às/aos interlocutores/as com base nos problemas de intersubjetividade que participantes leigas/os podem enfrentar, ao se depararem com falas altamente técnicas entre residentes e preceptoras/es. Ou seja, nessa orquestra, há mais um elemento que carece de harmonização: a atividade de aprendizagem derivada do programa de residência médica.

Conforme mencionado anteriormente, a dissertação de Mestrado de Talise Geisel (2017), também orientada por Ana Cristina Ostermann, debruça-se especialmente sobre a análise da interação entre residentes e preceptoras/es no mesmo contexto de pesquisa desta tese. O foco de Geisel (2017) recai sobre as práticas interacionais que constituem o contexto de instrução próprio da residência médica. Já a tese aqui desenvolvida partiu da ideia de observar a construção de sentido das imagens fetais realizada entre profissionais (independentemente de serem residentes ou preceptoras/es) e gestantes (e eventuais acompanhantes). No entanto, os dados apontam que a atividade de instrução entre

preceptoras/es e residentes pode ser um complicador do entendimento das gestantes acerca de questões topicalizadas pelas/os profissionais, como é tratado no Excerto 44 analisado na tese. Essa análise aponta para a necessidade de ampliação de estudos interacionais na área da residência médica, para além do contexto de ultrassonografia fetal.

Ademais, ainda em relação à interação entre preceptor/a, residente e gestante, uma questão pouco abordada na tese e que pode ser material para pesquisas futuras se refere à hierarquia em termos de autoridade epistêmica. Uma tentativa de representação dessa configuração pode ser visualizada na Figura 12.

Figura 12 - Relação preceptor/a-residente-paciente no contexto de ultrassonografia



Fonte: Elaborada pela autora.

Nessa relação, as/os preceptoras/es desempenham o papel de *experts* e, portanto, exercem o *status* de *gatekeepers*. Isso pode ser observado, por exemplo, no Excerto 40, quando a residente aloca à preceptora a responsabilidade de responder a uma dúvida da acompanhante da gestante. As residentes se comportam com deferência em relação às/aos preceptoras/es, enquanto gestantes e acompanhantes tendem a se posicionar como as/os participantes com menor autoridade epistêmica nesse contexto. Assim, mesmo que as imagens ultrassonográficas estejam no centro da atenção de todas/os participantes, elas representam “uma ‘janela’ através da qual grupos diferentes veem coisas diferentes” (MITCHELL, 2001, p. 7).

Antes de fechar este texto, trazemos o pensamento do sociólogo Georg Simmel (1950, p. 10¹²¹), que define a sociedade como “meramente o nome de um número de indivíduos conectados pela interação”. Assim, Simmel (1950, p. 21-22¹²²) defende que, “[...] se a sociedade é concebida como interação entre indivíduos, a descrição das formas de interação é a ciência da sociedade no seu modo mais estrito e essencial”. Pensando nisso e amparadas pelo conhecimento obtido com a coleta, transcrição e análise dos dados, com as leituras e reflexões feitas, com os encontros com participantes da pesquisa, colegas e professoras/es, estamos certas da resposta a dar toda vez que nos perguntarem sobre as razões que nos levam a estudar interações humanas, especialmente na área da saúde.

Ei-la: a possibilidade de percepção e sistematização de práticas profissionais que, mesmo não se tratando de atividades oficiais do atendimento, dão voz às pacientes, cedendo espaço interacional para apresentarem seus problemas, medos e inseguranças (como ocorre no Excerto 46), coloca-nos numa posição privilegiada em termos de alcance de uma prova viva de que, mesmo em contextos com condições precárias, como é o caso do SUS, existem ações humanizadoras – e isso faz toda a diferença nesses serviços. Logo, a realização de estudos dessa natureza nos torna responsáveis pela disseminação das práticas que atribuem sentido a esses atendimentos de modo que outros/as profissionais possam incorporá-las ao seu trabalho.

¹²¹ “‘Society’ itself is presently defined as ‘a number of individuals connected by interaction’”.

¹²² “[...] if society is conceived as interaction among individuals, the description of the forms of this interaction is the task of the science of society in its strictest and most essential sense.”

REFERÊNCIAS

- AMIM, Bruno et al. O valor da ultra-sonografia e da ressonância magnética fetal na avaliação das hérnias diafragmáticas. **Revista Brasileira de Radiologia**, v. 41, n. 1, p. 1-6, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rb/v41n1/04.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2015.
- AUER, Peter. Online-syntax: thoughts on the temporality of spoken language. **Language Sciences**, v. 31, n. 1, p. 1-13, 2009.
- BARTH-WEINGARTEN, Dagmar. Interactional linguistics. In: ANTOS, Gerd; VENTOLA, Eija (Ed.). **Handbook of interpersonal communication**. Berlin; New York: Walter de Gruyter, 2008. v. 2, p. 77-105. (Handbooks of Applied Linguistics).
- BEBÊ que nasceu sem parte do crânio completa 1º ano de vida. **Portal Terra**, São Paulo, 29 set. 2015. Disponível em: <<http://saude.terra.com.br/bebe-que-nasceu-sem-parte-do-cranio-comemora-1-aniversario,c747a86fd2376e1d8fca3d28ffb24601z411r6o7.html>>. Acesso em: 29 fev. 2016.
- BECHARA, Evanildo. **Moderna gramática portuguesa**. 37 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.
- BERGMANN, Jörg. R. Veiled morality: notes on discretion in psychiatry. In: DREW, Paul; HERITAGE, John (Ed.). **Talk at work: interaction in institutional settings**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 137-162.
- BERLANT, Lauren. America, "Fat," the Fetus. **Boundary 2**, v. 21, n. 3, p. 145-195, 1994.
- BETZ, Emma; GOLATO, Andrea. Remembering relevant information and withholding relevant next actions: The German token achja. **Research on Language and Social Interaction**, v. 41, (1), 58-98, 2008.
- BILMES, Jack. Questions, answers, and the organization of talk in the 1992 vice presidential debate: Fundamental considerations. **Research on Language and Social Interaction**, v. 32, n. 3, p. 213-242, 1999.
- BLAXTER, Mildred. The case of the vanishing patient? Image and experience. **Sociology of Health & Illness**, v. 31, n. 5, p. 762-778, 2009.
- BOLINGER, Dwight. Yes-no questions are not alternative questions. In: Hiz, H. (Ed.), **Questions**. Reidel, Dordrecht, 1978. p. 87-105.
- BOYD, Elizabeth; HERITAGE, John. Taking the patient's medical history: questioning during comprehensive history taking. In: HERITAGE, John; MAYNARD, Douglas (Ed.). **Communication in Medical Care: interactions between primary care physicians and patients**. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. p. 151-184.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização** – HumanizaSUS. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestão de alto risco: Manual Técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Política Nacional de Humanização PNH** – folheto. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2015.

BRICKER, Leanne et al. Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of the clinical effectiveness, cost-effectiveness and women's views. **Health Technology Assessment**, v. 4, n. 16, 2000.

BROTH, Mathias. The studio interaction as a contextual resource for TV-production. **Journal of Pragmatics**, v. 40, n. 5, p. 904-926, 2008.

_____; LAURIER, Eric; MONDADA, Lorenza (Eds.). **Studies of video practices**. Video at work. London, England: Routledge, 2014.

BRUNS, Rafael F.; et al. Ultrassonografia obstétrica no Brasil: um apelo à padronização. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 191-95, 2012.

BRUNS, Rafael F.; ARAUJO JÚNIOR, Edward de; NARDOZZA, Luciano M. M. Padronização da ultrassonografia morfológica do primeiro trimestre. In: MELO, Nilson Roberto de; FONSECA, Eduardo (Org.). **Medicina fetal**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 1-6.

BÜSCHER, Monika; JENSEN, Gloria. Sound sight: seeing with ultrasound. **Health Informatics Journal**, v. 13, n. 1, p. 23-35, 2007.

BYRNE, Patrick S., LONG, Barrie E.L. **Doctors talking to patients: a study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries**. London: HMSO, 1976.

CAMERON, Deborah. **Working with spoken discourse**. London: Sage, 2001.

CAMPBELL, James D.; ELFORD, Wayne R., BRANT, Rolling F. Case-control study of prenatal ultrasonography exposure in children with delayed speech. **Canadian Medical Association Journal**, v. 149, n. 10, p. 1435-40, 1993.

CARBAUGH, Donal. Communication rules in Donahue discourse. **Research on Language and Social Interaction**, v. 21, n. 1-4, p. 31-61, 1987.

CASPER, Monica J. **The making of the unborn patient: a social anatomy of fetal surgery**. New Brunswick: Rutgers University Press, 1998.

CASTILHO, Ataliba. **Nova gramática do português brasileiro**. São Paulo: Contexto, 2014.

CHAFE, Wallace. Evidentiality in English conversation and academic writing. In: CHAFE, Wallace; NICHOLS, Johanna (Ed.). **Evidentiality: The linguistic coding of epistemology**. Norwood, New Jersey: Ablex, 1986. p. 261-272.

CHAZAN, Lilian K. **‘Meio quilo de gente’**: um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 230 p.

CHAZAN, Lilian K. **“Meio quilo de gente!”**: produção do prazer de ver e construção da pessoa fetal mediada pela ultra-sonografia: um estudo etnográfico em clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro. 2005. 338f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva.) -- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro. 2005.

CHOMSKY, Noam. **Aspects of the theory of syntax**. Cambridge, Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology, 1965.

CLAYMAN, Steven E. Answers and Evasions. **Language in Society**, v. 30, p. 403-442, 2001.

_____. Sequence and Solidarity. In: LAWLER, Edward J.; THYE, Shane R. (Eds.). **Advances in Group Processes**, v. 19, p. 229-253, 2002.

CLIFT, Rebecca J.; DREW, Paul; LOCAL, John. ‘Why that, now?’: Position and composition in interaction (or, don't forget the position in composition). In: KEMPSON, Ruth; HOWES, Christine; ORWIN, Martin (Ed.). **Language, Music and Interaction**. London: College Publications, 2013. p. 211-232.

COUPER-KUHLEN, Elizabeth; SELTING, Margret. **Prosody in conversation**. Cambridge University Press, 1996.

COUPER-KUHLEN, Elizabeth. Intonation and Discourse: Current Views from Within. In: SCHIFFRIN, Deborah; TANNEN, Deborah; HAMILTON, Heidi E. (Eds.). **The Handbook of Discourse Analysis**. Blackwell Publishing, 2003.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução de Luciana de Oliveira da Rocha. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, Fernanda Miranda. Elementos para uma análise multimodal da interação: um exemplo de correlação linguístico-gestual no autismo. In: GONÇALVES-SEGUNDO, P. R.; et al. (Org.) **Texto, discurso e multimodalidade**. São Paulo: Editora Paulistana. 2017a. p. 158-179. Disponível em: <<http://eped.fflch.usp.br/>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

_____. Interação corporificada: multimodalidade, corpo e cognição explorados na análise de conversas envolvendo sujeitos com Alzheimer. **Alfa**, v. 61, n. 1, p. 55-80, 2017b.

DAY, Dennis; WAGNER, Johannes. Ethnomethodology and Conversation Analysis. In: ANTOS, Gerd; VENTOLA, Eija (Ed.). **Handbook of Interpersonal Communication**. Berlin/ New York: Walter de Gruyter, 2008. v. 2, p. 33-52. (Handbooks of Applied Linguistics).

DENNEY-KOELSCH, Erin M.; CÔTÉ-ARSENAULT, Denise; LEMCKE-BERNO, Erin. Parents' Experiences With Ultrasound During Pregnancy With a Lethal Fetal Diagnosis. **Global Qualitative Nursing Research**, v. 2, p. 1–8, 2015.

DE STEFANI, Elwys. Establishing joint orientation towards commercial objects in a self-service store: How practices of categorisation matter. In: NEVILE, Maurice; et al (Ed.). **Interacting with Objects: Language, materiality, and social activity**, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 2014. p. 271-294.

DEXHEIMER, Tatiana Dilly. **Respostas transformativas (ou indiretas?) a perguntas polares nas interações médico-paciente**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Letras Português e Inglês) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, São Leopoldo, 2016.

DONOVAN, Jared; et al. Getting the point: The role of gesture in managing intersubjectivity in a design activity. **Artificial Intelligence for Engineering Design, Analysis and Manufacturing**, v. 25, n. 3, p. 221-235, 2011.

DRAPER, Jan. 'It was a real show': the ultrasound scan, fathers and the power of visual knowledge. **Sociology of Health & Illness**, v. 24, n. 6, p. 771-95, 2002.

DREW, Paul. 'Open' class repair initiators in response to sequential sources of troubles in conversation **Journal of Pragmatics**, v. 28, p. 69-101, 1997.

DUNCAN, Susan D. Gesture, verb aspect, and the nature of iconic imagery in natural discourse. **Gesture**, v. 2, n. 2, p. 183–206, 2002.

EGEWARTH, Caroline Inês. **A prática de perguntar com partículas negativas**. 2016. 100f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada.) -- Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, São Leopoldo, 2016.

ENDE, J; POMERANTZ, Anita; ERICKSON, F. Preceptor's strategy for correcting residents in an ambulatory medicine setting: A qualitative analysis. **Academic Medicine**. v. 70, n. 3, p. 224-229, 1995.

ERICKSON, Frederick. The neglected listener: Issues of theory and practice in transcription from video in interaction analysis. In: STREECK, Jürgen (Ed.). **New Adventures in Language and Interaction**. Amsterdam: Benjamins, 2010. p. 243–256.

FIGUEIREDO, Danielle do Brasil de et al. Diagnóstico de Cromossomopatia no Primeiro Trimestre da Gestação. In: MELO, Nilson Roberto de; FONSECA, Eduardo (Org.). **Medicina fetal**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 7-22.

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

_____; OSTERMANN, Ana Cristina. **Compreendendo o que já não é mais**: a efemeridade de referentes visuais e consequências para a intersubjetividade em exames de ultrassonografia fetal. Apresentação de Trabalho no I Encontro de Análise da Conversa Etnometodológica (I EnACE), realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2017a.

_____; OSTERMANN, Ana Cristina. **Understanding what no longer is**: ephemeral visual referents and their consequences to intersubjectivity in fetal ultrasound scans. Apresentação de trabalho na Intersubjectivity In Action – Conference, realizada na Universidade de Helsinki, 2017b.

_____; OSTERMANN, Ana Cristina. **“There are several ways of being normal”**: The interactional construction of normality in moderate and high-risk foetal ultrasounds. Apresentação de Trabalho na 5th International Conference of Conversation Analysis – ICCA-18, realizada na universidade de Loughborough, 2018.

GARFINKEL, Harold. **Studies in ethnomethodology**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1967.

GARCEZ, Pedro de Moraes. A perspectiva da análise da conversa etnometodológica sobre o uso da linguagem em interação social. In: LODER, Letícia Ludwig; JUNG, Neiva Maria (Org.). **Fala-em-interação social**: uma introdução à análise da conversa etnometodológica. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2008, p. 17-38.

GASTALDO, Édison L. Erving Goffman, antropólogo da comunicação. In: Édison Gastaldo. (Org.). **Erving Goffman**: desbravador do cotidiano. 1ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2004, v. 1, p. 111-124.

GEISEL, Talise. **Residência Médica**: uma comunidade de práticas abordada pela Análise da Conversa, 2017. 96f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada.) --, Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, 2017.

GIBSON, James J. **The ecological approach to perception**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1979/1986.

GOODWIN, Charles; HERITAGE, John. Conversation analysis. **Annual Review of Anthropology**, Palo Alto, v. 19, p. 283-307, 1990.

GOODWIN, Charles. **Conversational organization**: interaction between speakers and hearers. New York: Academic Press, 1981.

_____. Embedded context. **Research on Language and Social Interaction**, v. 36, n. 4, 323–350, 2003a.

_____. Pointing as Situated Practice. In: SOTARO, Kita (Ed.). **Pointing**: Where Language, Culture and Cognition Meet. Londres: Lawrence Erlbaum, 2003b. p. 217-241.

_____. Action and embodiment within situated human interaction. **Journal of Pragmatics**, v. 32, n. 10, p. 1489–1522, 2000.

_____. Time in action. **Current Anthropology** 43 (Supplement August--October), S19--S35. 2002.

_____. Environmentally coupled gestures. In: S. Duncan, J. Cassell, & E. Levy (Eds.), **Gesture and the dynamic dimensions of language**. Amsterdam, The Netherlands: John Benjamins, 2007. p. 195–212.

_____. Professional vision. **American Anthropologist**, v. 96, p. 606–633, 1994.

_____. Seeing in Depth. **Social Studies of Science**, v. 25, p. 237-274, 1995.

_____. Gestures as a resource for the organization of mutual orientation. **Semiotica**, v. 62, n. 1/2, p. 29-49, 1986.

_____; GOODWIN, Marjorie H. Seeing as a situated activity: Formulating planes. In: D. Middleton & Y. Engestrom (Eds.), **Cognition and communication at work**. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1996. p. 61–95.

GOODWIN, Marjorie H. Processes of mutual monitoring implicated in the production of description sequences. **Sociological Inquiry**, v. 50, p. 303-317, 1980.

GREEN, Josephine; STATHAM, Helen. Psychosocial Aspects of prenatal screening and diagnosis. In: MARTEAU, Theresa; RICHARDS, Martin (Ed.). **The troubled helix: social and psychological implications of the new human genetics**. Cambridge: Cambridge University Press. 1996. p. 140-163.

HADDINGTON, Pentti; et al. (Ed.). **Multiactivity in Social Interaction: beyond multitasking**. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins P. C., 2014.

HAGEN-ANSERT, Sandra L. Fundamentos da sonografia. In: HAGEN-ANSERT, Sandra L (Org.). **Tratado de ultra-sonografia diagnóstica**. Tradução de Fernando Diniz Mundim. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. v. 1, p. 3-20.

HANSEN, Bruna. **Os usos do marcador discursivo ‘tá’ em interações institucionais naturalísticas**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Letras - Inglês) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, 2014.

HARAWAY, Donna J. **Simians, cyborgs, and women: the reinvention of nature**. London: Free Association Books and New York: Routledge, 1991.

HEATH, Christian. **Body movement and speech in medical interaction**. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1986.

_____; LUFF, Paul. **Technology in action**. Cambridge, England: Cambridge University Press, 2000.

_____; LUFF, Paul; KNOBLAUCH, Hubert. Tools, technologies and organizational interaction: the emergence of workplace studies. **The SAGE handbook of organizational discourse**. ed. / David Grant. London: Sage Publications, 2004. p. 337-359.

HEPBURN, Alexa. Crying: Notes on description, transcription, and interaction. **Research on Language and Social Interaction**, v. 37, n. 3, p. 251-290, 2004.

HERITAGE, John. Online commentary in primary care and emergency room settings. **Acute Medicine & Surgery**, v. 4, p. 12-18, 2017.

_____. Epistemics in Conversation. In: SIDNELL, Jack; STIVERS, Tanya (Ed.). **The handbook of conversation analysis**. Malden, Massachusetts: Wiley-Blackwell. 2013. p. 370-394.

_____. Ad hoc inquiries: two preferences in the design of “routine” questions in an open context. In: MAYNARD, Douglas et al. (Ed.). **Standardization and tacit knowledge: interaction and practice in the survey interview**. New York: Wiley Interscience, 2002. p. 313-33.

_____. A change-of-state token and aspects of its sequential placement. In: ATKINSON, J.; HERITAGE, J. **Structures of social action: studies in conversation analysis**. New York: Cambridge University Press, 1984a. p. 299-345.

_____. **Garfinkel and ethnomethodology**. Cambridge: Polity Press, 1984b.

_____. Conversation analysis and institutional talk: analyzing data. In: SILVERMAN, David (Ed.). **Qualitative research: theory, method and practice**. London: Sage, 1997. p. 161-182.

_____; et al. Reducing inappropriate antibiotics prescribing: the role of online commentary on physical examination findings. **Patient Education and Counseling**, v. 81, p. 119-25, 2010.

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

HEYMAN, Bob; et al. On being at higher risk: a qualitative study of prenatal screening for chromosomal anomalies. **Social Science and Medicine**, v. 62, p. 2360-2372, 2006.

HINDMARSH, John. Peripherality, participation and communities of practice: examining the patient in dental training. In: LLEWELLYN, N.; HINDMARSH, John (Org.).

Organization, interaction and practice: Studies in ethnomethodology and conversation analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 2010. p. 218-262.

HINDMARSH, Jon, and HEATH, Christian. Embodied reference: A study of deixis in workplace interaction. **Journal of Pragmatics**, v. 32, p. 1855–1878, 2000.

IWASAKI, Shimako. The multimodal mechanics of collaborative unit construction in Japanese conversation. In: STREECK, Jürgen; GOODWIN, Charles; LeBARON, Curtis. (Eds.). **Embodied Interaction: language and body in the material world**. New York: Cambridge University Press, 2011. p. 106-120.

JEFFERSON, Gail. On the sequential organization of troubles-talk in ordinary conversation. **Social Problems**, v. 35, n. 4, p. 418-41 1988.

_____. Transcript notation. In: ATKINSON, J.; HERITAGE, J. **Structures of social action: studies in conversation analysis**. New York: Cambridge University Press, 1984. p. ix-xvi.

JONSSON, Ann-Cristine. The normal baby-to-be: lay and professional negotiations of the ultrasound image. In: LAURITZEN, Sonja Olin; HYDÉN, Lars-Christer (Ed.). **Medical technologies and the life world: the social construction of normality**. London: Routledge, 2007. p. 93-114.

KAWASHIMA, Michie. Four Ways of Delivering Very Bad News in a Japanese Emergency Room. **Research on Language and Social Interaction**, v. 50, n. 3, p. 307-325, 2017.

KEITH, William M.; WHITTENBERGER-KEITH, Kari. The conversational call: An analysis of conversational aspects of public oratory. **Research on Language and Social Interaction**, v. 22, n. 1-4, p. 115-15, 1988.

KENDON, Adam. Some functions of gaze direction in social interaction. **Acta Psychologica**, v. 26, p. 22-63, 1967.

_____. Some relationships between body motion and speech. In A. Seigman and B. Pope, editors, **Studies in Dyadic Communication**. Elmsford, New York: Pergamon Press, 1972, pp.177-216.

_____. Gesticulation, speech and the gesture theory of language origins. **Sign Language Studies**, 1975, 9, pp.349-373.

_____. Gesture and speech: Two aspects of the process of utterance. In: KEY, M. R. (Ed.), **Nonverbal communication and language**. The Hague, The Netherlands: Mouton, 1980. p. 207-277.

_____. **Conducting Interaction: Patterns of behavior in focused encounters**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

_____. **Gesture: Visible action as utterance**. Cambridge, England: Cambridge University Press, 2004.

KNOWLES, Murray; MOON, Rosamund. **Introducing Metaphor**. London: Routledge, 2006.

KONRAD, Paola Gabriela. **A busca vs. o resguardo de informações acerca dos crimes em interrogatórios policiais: um olhar sob a perspectiva da fala-em-interação**. 2018. 149f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada.) -- Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, 2018.

KOSCHMANN, Timothy; ZEMEL, Alan. Instructed objects. In: NEVILE, Maurice; et al (Ed.). **Interacting with Objects: Language, materiality, and social activity**, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 2014. p. 357-378.

KUMAR, Sailesh. **Handbook of Fetal Medicine**. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

- LAZARATON, Anne. Preference organization in oral proficiency interviews: The case of language ability assessments. **Research on Language and Social Interaction**, v. 30, n. 1, p. 53–72, 1997.
- LARKIN, Lesley. Authentic mothers, authentic daughters and sons: ultrasound imaging and the construction of fetal sex and gender. **Canadian Review of American Studies**, v. 36, n. 3, p. 273-291, 2006.
- LARSSON, Anna-Karin; et al. Parents' experiences of an abnormal ultrasound examination - vacillating between emotional confusion and sense of reality. **Reproductive Health**, v. 7, n. 10, p. 1-10, 2010.
- LAURITZEN, Sonja Olin; ÖHMAN, Susanne Georgsson; SALTVEDT Sissel. A normal pregnancy? women's experiences of being at high risk after ultrasound screening for down syndrome. In: LAURITZEN, Sonja Olin; HYDÉN, Lars-Christer (Ed.). **Medical technologies and the life world: the social construction of normality**. London: Routledge, 2007. p. 115-140.
- LEAVITT, Judith W. **Brought to bed: childbearing in America 1750 to 1950**. New York: Oxford University Press, 1986.
- LEE, Seung-Hee. Response design in conversation. In: SIDNELL, Jack; STIVERS, Tanya (Eds.). **The Handbook of Conversation Analysis**, Oxford, U.K., Wiley-Blackwell, 2013. p. 415-32.
- LEE-GOLDMAN, Russell. No as a discourse marker. **Journal of Pragmatics**, n. 43, p. 2627–2649, 2011.
- LODER, Letícia L.; SALIMEN, Paola G.; MULLER, Marden. Noções fundamentais: sequencialidade, adjacência e preferência. LODER, Letícia Ludwig; JUNG, Neiva Maria (Org.). **Fala-em-interação social: introdução à análise da conversa etnometodológica**. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2008. p. 39-58.
- MACHADO, Luiz E. Pioneirismo do IPERBA. In: AMARAL, Waldemar N. et al. **A história da ultrassonografia no Brasil**. Goiânia: Contato Comunicação, 2012. p. 56-59.
- McNEILL, David. **Hand and mind: What gestures reveal about thought**. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1992.
- _____. **Language and gesture**. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- MANGIONE-SMITH, Rita; et al. Online commentary during the physical examination: a communication tool for avoiding inappropriate antibiotic prescribing? **Social Science & Medicine**, v. 56, p. 313-20, 2003.
- MANNING, Frank A. Pontos do perfil biofísico fetal: considerações teóricas e aplicação prática. In: FLEISCHER, Arthur C. et al. **Ultra-sonografia em obstetrícia e ginecologia: princípios e prática**. Tradução de Vilma Ribeiro de Souza Varga. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 611-619.

MARKENS, Susan; et al. Interrogating the dynamics between power, knowledge and pregnant bodies in amniocentesis decision making. **Sociology of Health and Illness**, v. 32, n. 1, p. 37-56, 2009.

MARTINE, Luiza Corrêa e Castro. Análise da constituição e reprodução no discurso médico-paciente: uma abordagem sociolinguística interacional. In: TARALLO, Fernando (Org.). **Fotografias sociolinguísticas**. Campinas: Pontes, 1989. p. 239-268.

MAYNARD, Douglas W.; CORTEZ, Dagoberto; CAMPBELL, Toby C. 'End of life' conversations, appreciation sequences, and the interaction order in cancer clinics. **Patient Education & Counseling**, v. 99, n. 1, p. 92-100, 2016.

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

MITCHELL, Lisa M. **Baby's first picture**: ultrasound and the politics of fetal subjects. Toronto: University of Toronto Press, 2001.

MONDADA, Lorenza. Multimodal resources for turn-taking: pointing and the emergence of possible next speakers. **Discourse Studies**, v. 9, n. 2, p. 195-226, 2007.

_____. Multiple Temporalities of Language and Body in Interaction: Challenges for Transcribing Multimodality. **Research on Language and Social Interaction**, v. 51, n. 1, p. 85-106, 2018.

_____. Challenges of multimodality: Language and the body in social interaction. **Journal of Sociolinguistics**, v. 20, n. 2, p. 2-32, 2016.

_____. The local constitution of multimodal resources for social interaction. **Journal of Pragmatics**, v. 65, p. 137-156, 2014a.

_____. Pointing, talk, and the bodies: reference and joint attention as embodied interactional achievements. In: SEYFEDDINIPUR, M; GULLBERG, M. (Orgs.). **From gesture in conversation to visible action as utterance**: Essays in honor of Adam Kendon, Londres: John Benjamins Publishing Company, 2014b. p. 95-124.

_____. The Temporal Orders of Multiactivity: Operating and Demonstrating in the Surgical Theatre. In HADDINGTON, P. et al. (Ed.). **Multiactivity in Social Interaction**: beyond multitasking. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins P. C., 2014c. p. 33-76.

_____. **Conventions for multimodal transcription**, versão 3.0.6, 2016. Disponível online: <https://franz.unibas.ch/fileadmin/franz/user_upload/redaktion/Mondada_conv_multimodality.pdf>.

_____. Documenter l'articulation des ressources multimodales dans le temps: la transcription d'enregistrements vidéos d'interactions. In: BILGER, Mireille (Org.) **Données orales**: les enjeux de la transcription. Perpignan: Presses Universitaires de Perpignan, 2008b, p. 127-156.

_____. Observer les activités de la classe dans leur diversité: choix méthodologiques et enjeux théoriques. In: PERERA, Joan; NUSSBAUM, Luci; MILIAN, Marta (Orgs.). **L'educacio linguistica en situacions multiculturals i multilingues**. Barcelona: Institut de Ciència e de la education de la Universitat de Barcelona, 49-70. 2003.

_____. Operating together through videoconference: members' procedures for accomplishing a common space of action. In: HESTER, Stephen; FRANCIS, David (Eds.). **Orders of ordinary action: respecifying sociological knowledge**. Aldershot: Ashgate, 2007. p. 51-67.

_____. Video Recording Practices and the Reflexive Constitution of the Interactional Order: Some Systematic Uses of the Split-Screen Technique. **Human Studies**, v. 32, n. 1, p. 67-99, 2009.

_____. Video analysis and the temporality of inscriptions within social interaction: the case of architects at work. **Qualitative Research**, v. 12, n. 3, p. 304-333, 2012.

MOORE, Christopher L.; COPEL Joshua A. Point-of-care ultrasonography. **The New England Journal of Medicine**, v. 364, n. 8, p. 749-57, 2011.

MOSSMANN, Carina M. H. **A empatia na prática interacional: o caso da relação médico/a e gestantes de médio e alto risco no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2015. 113f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada.) -- Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, 2015.

NEVILE, Maurice. The Embodied Turn in Research on Language and Social Interaction, **Research on Language and Social Interaction**, v. 48, n. 2, p. 121-151, 2015.

NISHIZAKA, Aug. Instructed perception in prenatal ultrasound examinations. **Discourse Studies**, v. 16, n. 2, p. 217-246, 2014a.

_____. Sustained orientation to one activity in multiactivity during prenatal ultrasound examinations. In: HADDINGTON, P. et al. (Ed.). **Multiactivity in Social Interaction: beyond multitasking**. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins P. C., 2014b. p. 79-108.

_____. Distribution of visual orientations in prenatal ultrasound examinations: when the healthcare provider looks at the pregnant woman's face, **Journal of Pragmatics**, v. 51, p. 68-86, 2013.

_____. The embodied organization of a real-time fetus: the visible and the invisible in prenatal ultrasound examinations. **Social Studies of Science**, v. 41, n. 3, p. 309-336, 2011.

_____. Self-initiated problem presentation in prenatal checkups: its placement and construction. **Research on Language and Social Interaction**, v. 43, n. 3, p. 283-313, 2010.

_____. Touch without vision: Referential practice in a non-technological environment. **Journal of Pragmatics**, v. 43, p. 504-520, 2011.

_____. Hand touching hand: referential practice at a Japanese midwife house. **Human Studies**, v. 30, p. 199-217, 2007.

_____. Seeing what one sees: perception, emotion and activity. **Mind, Culture and Activity**, v. 7, p. 105-123, 2000.

_____. The moral construction of worry about radiation exposure: Emotion, knowledge, and tests. **Discourse & Society**, v. 28, n. 6, p. 635-656, 2017.

OAKLEY, Ann. **The captured womb**: a history of medical care of pregnant women. Oxford: Blackwell, 1986.

OSTERMANN, Ana Cristina. **Uma mulher, um feto, e uma má notícia**: a entrega de diagnósticos de síndromes e de malformações fetais – em busca de uma melhor compreensão do que está por vir e do que pode ser feito. 2013-atual. São Leopoldo, 2013. Projeto de Pesquisa financiado pelo CNPq.

_____; ANDRADE, Daniela N. P.; FREZZA, Minéia. A prosódia como componente de formação e de atribuição de sentido a ações na fala-em-interação: o caso de formulações no tribunal. **DELTA**. Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada (Online), v. 32, n. 2, p. 481-513, 2016.

_____; FREZZA, Minéia; ROSA, Rafael F. M.; ZEN, Paulo R. G. Perspectivas otimistas na comunicação de notícias difíceis sobre a formação fetal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, p. 1-15, 2017.

_____; FREZZA, Minéia. **Challenges to the (re)establishment of intersubjectivity when talking about referents that move (and disappear)**. Apresentação de Trabalho na 5th International Conference of Conversation Analysis – ICCA-18, realizada na universidade de Loughborough, 2018.

PALMER, Julie. Seeing and knowing: ultrasound images in the contemporary abortion debate. **Feminist Theory**, v. 10, n. 2, p. 173-189. 2009.

PARRY, Ruth. Distribution of agency across body and self. In: ENFIELD, N.; KOCKELMAN, P. (Eds.). **Distributed Agency**. New York: Oxford University Press, 2017.

PERAKYLA, Anssi. Authority and accountability: the delivery of diagnosis in primary health care. **Social Psychology Quarterly**, v. 61, n. 4, p. 301-320, 1998.

_____. Communicating and responding to diagnosis. In: HERITAGE, John; MAYNARD, Douglas W. (Ed.). **Communication in medical care**: interaction between primary care physicians and patients. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. p. 214-247.

PERINI, Mário. **Gramática descritiva do português**. Rio de Janeiro: Editora Ática, 2005.
PETCHESKY, Rosalind P. Fetal images: the power of visual culture in the politics of reproduction. **Feminist Studies**, v. 13, n. 2, p. 263-292, 1987.

POMERANTZ, Anita. Offering a candidate answer: an information seeking strategy. **Communication Monographs**, v. 55, n. 4, p. 360-373, 1988a.

_____. (Ed.). The Dan Rather/George Bush episode on CBS news. **Special issue for Research on Language and Social Interaction**, 22, 1988b.

_____. Extreme Case Formulations: a way of legitimizing claims. **Human Studies**, Dordrecht, v. 9, n. 2-3, p. 219-229, 1986.

_____. Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes. In: ATKINSON, Maxwell; HERITAGE, John (Ed.). **Structures of social action: structures in conversation analysis**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 57-101.

_____. Telling my side: 'Limited access' as a 'fishing' device. **Sociological Inquiry**, v. 50, p. 186-198, 1980.

PORTER, Roy. **The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity**. New York/London: W. W. Norton & Company, 1997.

RAYMOND, Geoffrey. Grammar and social organization: yes/no type interrogatives and the structure of responding. **American Sociological Review**, v. 68, p. 939-67, 2003.

REID, Bernie; et al. A meta-synthesis of pregnant women's decision making processes with regard to antenatal screening for Down syndrome. **Social Science and Medicine**, n. 69, p. 1561-1573, 2009.

REMINNICK, Larissa. The quest for the perfect baby: why do Israeli women seek prenatal genetic testing? **Sociology**, v. 28, n. 1, p. 21-53, 2006.

ROBERTS, Julie. 'Wakey wakey baby': narrating four-dimensional (4D) bonding scans. In: ARMSTRONG, Natalie; EBORALL, Helen. **The sociology of medical screening**. United Kingdom: Wiley-Blackwell, 2012. p. 136-150.

ROBINSON, Jeffrey D. Overall structural organization. In: SIDNELL, Jack; STIVERS, Tanya (Ed.). **The Handbook of Conversation Analysis**. Malden, Massachusetts: Wiley-Blackwell. 2012. p. 257-280.

ROTHMAN, Barbara. K. **The Tentative pregnancy: prenatal diagnosis and the future of motherhood**. London: Pandora. 1988.

ROTTER, Debra L.; HALL, Judith A. **Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits**. Westport: Praeger Publishers, 2006.

SACKS, Harvey. The correction-invitation device. In: JEFFERSON, Gail (Ed.). **Lectures on conversation**. Oxford: Blackwell, 1992a. v. 1, p. 21-25.

_____. Notes on methodology. In: ATKINSON, J.; HERITAGE, J. **Structures of social action: studies in conversation analysis**. New York: Cambridge University Press, 1984. p. 21-27.

_____. Tying rules; playing dumb; correction-invitation device. In: JEFFERSON, Gail (Ed.). **Lectures on conversation**. Oxford: Blackwell, 1992b. v. 1, p. 376-381.

_____. Adjacency pairs. Distribution in conversation; A single instance of a Q-A pair. In: JEFFERSON, Gail (Ed.). **Lectures on Conversation**. Oxford: Blackwell, 1992c. v. 2, p. 533-541.

_____; SCHEGLOFF, Emanuel, JEFFERSON, Gail. A simplest systematics for the organization of turn taking for conversation. **Language, Studies in the Organization of Conversational Interaction**, New York, v. 50, n. 4, p. 696-735, 1974.

_____; SCHEGLOFF, Emanuel; JEFFERSON, Gail. Sistemática elementar para a organização da tomada de turnos para a conversa. **Revista Veredas de Estudos Linguísticos**, Juiz de Fora, v. 7, n. 1-2, p. 9-73, jan./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/revistaveredas/files/2009/12/artigo14.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

SACKS, Harvey. An initial investigation of the usability of conversational data for doing sociology. In: SUDNOW, David (Ed.). **Studies in social interaction**. New York, Free Press, 1972. p. 31-74.

SACKS, Harvey; SCHEGLOFF, Emanuel A. (1973), "Opening up closings", **Semiotica**, vol. 8, no. 4, pp. 289-327.

_____. Home position. **Gesture**, v. 2, n. 2, p. 133-146, 2002.

SANDELOWSKI, Margarete. Channels of desire: fetal ultrasonography in two use contexts. **Qualitative Health Research**, v. 4: 262-80, 1994a.

_____. Separate, but less unequal: fetal ultrasonography and the transformation of expectant mother/fatherhood. **Gender & Society**, v. 8, n. 2, p. 230-245, 1994b.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenadoria do Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010.

SCHWALM, Sara Raquel Hennig. **Usos do marcador discursivo né em interações médico-paciente**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Letras - Inglês) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, 2014.

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

_____. Identification and recognition in telephone conversation openings. In: PSATHAS, George (Ed.). **Everyday Language: Studies in Ethnomethodology**. New York: Irvington Publishers, 1979. p. 23-78.

_____. On some gestures' relation to talk. In: ATKINSON, J.; HERITAGE, J. **Structures of social action: studies in conversation analysis**. New York: Cambridge University Press, 1984. p. 266-296.

_____. Reflections on Quantification in the Study of Conversation. **Research on Language and Social Interaction**, v. 26, n. 1, p. 99-128, 1993.1

_____; JEFFERSON, Gail; SACKS, Harvey. The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. **Language**, v. 53, 1977.

SCLIAR, Moacyr. **A paixão transformada**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SCOTT, Marvin B.; LYMAN, Stanford. Accounts. In: BRISSET, Dennis; EDGLEY, Charles (Ed.). **Life as Theater: a Dramaturgical Sourcebook**. 2 ed. Chicago: Aldine Publishing Company, 1990. p. 219-238.

SEARLE, John. R. **Speech acts: an essay in the philosophy of language**. Cambridge: CUP, 1969.

SELIGMAN, Minton.; DARLING, Rosalyn B. **Ordinary families, special children**. 3rd ed. New York: Guilford, 2007.

SELTING, Margret et al. A system for transcribing talk-in-interaction: GAT2 translated and adapted for English by Elizabeth Couper-Kuhlen and Dagmar Barth-Weingarten. *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 2011. Disponível em: <<http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2011/px-gat2-englisch.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

SELTING, Margret. Prosody in interaction: state of the art. In: BARTH- WEINGARTEN, Dagmar; REBER, Elisabeth; SELTING, Margret (Ed.). **Prosody in interaction**. Amsterdam: Benjamins, 2010a. p. 3-40.

SIDNELL, Jack. 'Look'-prefaced turns in first and second position: launching, interceding and redirecting action. **Discourse Studies**, LA, Londres, Nova Dehli e Singapura, v 9, n. 3, p. 387-408, 2007.

SILVA, Juliana. **Análise do tópico parto e do conceito de orientação na interação entre médicos e gestantes durante o exame de ultrassom obstétrico**. 2014. 129f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada.) -- Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada, Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, 2014.

SILVA, Caroline Rodrigues; ANDRADE, Daniela Negraes P.; OSTERMANN, Ana Cristina. Análise da Conversa: uma breve introdução. **ReVEL**, vol. 7, n. 13, p. 1-21, 2009.

SIMMEL, Georg. **The Sociology of Georg Simmel**. Kurt H. Wolff (Ed.). New York: The Free Press, 1950.

SOUZA, Joseane de; OSTERMANN, Ana Cristina. “Tudo bem?, tudo em paz? É uma tremenda sorte?”: avaliações positivas no gerenciamento da incerteza na comunicação entre oncologistas e pacientes com câncer de mama. **Revista de Estudos da Linguagem**, 2016. No prelo.

SOUZA, Joseane de; OSTERMANN, Ana Cristina. Glossário conciso de termos de estudos de fala-em-interação. In: OSTERMANN, Ana C.; MENEGHEL, Stela (Org.). **Humanização**.

Gênero. Poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde. Rio de Janeiro e Campinas: Fiocruz: Mercado de Letras, 2012. p. 163-165.

STABILE, Carol A. Shooting the mother: fetal photography and the politics of disappearance. In: STABILE, Carol A. **Feminism and the technological fix**. Manchester: Manchester University Press, 1994. p. 68-98.

STAMM, Elizabeth R.; DROSE, Julia A. The fetal heart. In: RUMACK, Carol M. et al. (Ed.). **Diagnostic ultrasound**. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby, 2011. p. 1294-1326.

STIVERS, Tanya. An overview of the question response system in American English conversation. **Journal of Pragmatics**, v. 42, n. 10, p. 2772-81, 2010.

_____. Presenting the problem in pediatric encounters: “symptoms only” versus “candidate diagnosis” presentations. **Health Communication**, v. 14, n. 3, p. 299-338, 2002.

_____ ; HAYASHI, Makoto. Transformative answers: One way to resist a question’s constraints. **Language in Society**, v. 39, n. 1, p. 1-25, 2010.

_____ ; MONDADA, Lorenza; STEENSIG, Jakob. Knowledge, morality and affiliation in social interaction: In: _____ ; MONDADA, Lorenza; STEENSIG, Jakob (Ed.). **The morality of knowledge in conversation**. Cambridge: Cambridge University Press, 2011. p. 3-24.

_____ ; ROBINSON, Jeffrey D. A preference for progressivity in interaction. **Language in Society**, v. 35, n. 3, p. 367-392, 2006.

_____ ; ROSSANO, Federico. Mobilizing Response. **Research on Language in Social Interaction**, v. 43, n. 1, p. 1-31, 2010.

_____ ; SIDNELL, Jack. Introduction: multimodal interaction. **Semiotica**, Berlin/New York, n.156 (1/4), p.1-20, 2005.

STORLAZZI, Evelina et al. Ultrasonic diagnosis of discordant fetal growth in twin gestations. **Obstetrics & Gynecology**, v. 69, p. 363-67, 1987.

STREECK, Jürgen; GOODWIN, Charles; LeBARON, Curtis. **Embodied Interaction: language and body in the material world**. New York: Cambridge University Press, 2011.

SWARTZ, Mark H. The physical examination. In: SWARTZ, Mark H. (Ed.). **Textbook of physical diagnosis: history and examination**. 3rd ed. W.B. Saunders, Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1998. p. 85-91.

TAYLOR, Janelle S. **The public life of the fetal sonogram:** technology, consumption, and the politics of reproduction. New Brunswick: Rutgers University Press, 2008.

_____. Image of contradiction: obstetrical ultrasound in American culture. In: FRANKLIN, Sarah; RAGONÉ, Helena (Ed.). **Reproducing reproduction:** kinship, power, and technological innovation. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1998. p. 15-45.

TEIXEIRA, Camila de Almeida. **A força deôntica do marcador discursivo né em interações médico-paciente**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Letras - Inglês) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, 2016.

THOMAS, Sari. Non-lexical soundmaking in audience contexts. **Research on Language and Social Interaction**, v. 21, n. 1-4, p. 189-228, 1987.

VASCONCELOS, Bárbara Nader et al. Higroma cístico de face com involução após infecção local. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 1, p. 135-137, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a20.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

YOXEN, Edward. Seeing with sound: a study of the development of medical images. In: BIJKER, Wiebe E.; HUGHES, Thomas P.; PINCH, Trevor (Ed.). **The social construction of technological systems: New directions in the sociology and history of technology**. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1987. p. 281-303.

WATSON, Rod; GASTALDO, Édison. **Etnometodologia & análise da conversa**. Rio de Janeiro: Vozes: Editora PUC-Rio, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience**. Geneva: World Health Organization, 2016.

WIGGINS, Sally. Talking with your mouth full: Gustatory Mms and the embodiment of pleasure. **Research on Language and Social Interaction**, v. 35, n. 3, p. 311-336, 2002.

WILLIAMS, Clare; et al. Women as moral pioneers? experiences of first trimester antenatal screening. **Social Science and Medicine**, v. 6, n. 9, p. 1983-92, 2005.

ZANUZ, Bruno. **Quando a partícula 'não' faz mais do que negar**: as múltiplas ações do 'não' na fala-em-interação. Apresentação de Trabalho na XXV Mostra UNISINOS de Iniciação Científica e Tecnológica, UNISINOS, 2018a.

_____. **As múltiplas ações da partícula 'não' na fala-em-interação**: para além de negar e/ou recusar. Apresentação de Trabalho no XIX Salão de Iniciação Científica da PUCRSI, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2018b.

_____. **As diferentes ações da partícula não na fala-em-interação**: caracterização do não como marcador discursivo. Apresentação de Trabalho no I Colóquio de Pesquisa em Linguística Aplicada: Compartilhando Saberes, UNISINOS, 2018c.

_____. **Para além do negar**: as múltiplas ações da partícula 'não' na fala-em-interação. Apresentação de Trabalho no II Encontro de Análise da Conversa Etnometodológica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2018d.

ZEMEL, Alan; KOSCHMANN, Timothy. 'Put your fingers right in here': Learnability and instructed experience. **Discourse Studies**. v. 16, n. 2, p. 163-183, 2014.